

El modelo cognitivo conductual aplicado a un caso único con trastorno depresivo
persistente (Distimia)

Andrea Duran Medina

Estudiante

Irene Polo Martínez

Tutora

Maestría en Psicología, Profundización clínica

Universidad del Norte

Barranquilla

2018

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, doy gracias a Dios, quien ha forjado mi camino, y ha permitido que este sueño se realice, por permitirme vivir esta experiencia tan enriquecedora para mi vida personal y profesional, gracias por guiarme y estar conmigo en todo momento; A mi madre, quien ha sido mi compañía incondicional, quien con su amor y esfuerzo me motiva y me impulsa a cumplir mis sueños, la luz de mi vida, gracias por cada palabra de aliento, sin ti nada de esto sería posible, A mi amor, por la paciencia, por siempre tener una palabra de ánimo para mí, y por apoyarme a cumplir mis metas.

A mi tutora, Dra. Irene Polo, gracias por orientarme y compartir su conocimiento conmigo, por la paciencia y por encontrar en sus palabras calidez y sabiduría; A mis compañeras, quienes fueron cómplices de este proceso; A mis pacientes, quienes me enseñaron y motivaron a crecer como profesional a reinventarme y ser de mí, mi mejor versión.

A la Maestría en Psicología, por el acompañamiento y orientación; A la universidad del Norte, por permitirme pertenecer a este maravilloso proceso.

¡Gracias!

TABLA DE CONTENIDO

2. Introducción.....	7
3. Justificación.....	11
4. Área Problemática.....	14
5. Objetivos.....	16
5.1 Objetivo general.....	16
5.2 Objetivos específicos.....	16
6. Historia Clínica del paciente.....	17
6.1 Identificación del paciente.....	17
6.2 Motivo de consulta.....	17
6.3 Identificación de los problemas.....	17
6.4 Análisis descriptivo.....	17
6.5 Descripción sintomática.....	20
6.6 Historia personal.....	22
6.7 Historia familiar.....	22
6.8 Genograma.....	24
6.9.Proceso de evaluación.....	24
6.10 Conceptualización diagnóstica.....	32
7. Descripción de las sesiones.....	41
7.1 Sesión 1.....	41
7.2 Sesión 2.....	41

7.3 Sesión 3.....	42
7.4 Sesión 4.....	44
7.5 Sesión 5.....	45
7.6 Sesión 6.....	46
7.7 Sesión 7.....	47
7.8 Sesión 8.....	48
7.9 Sesión 9.....	48
7.10 Sesión 10- 13.....	49
7.11 Sesión 14- 16.....	49
7.12 Sesión 17-19.....	50
8. Marco de referencia.....	51
8.1 Conceptualización.....	52
8.2 Vulnerabilidad Psicológica.....	55
8.3 Vulnerabilidad Cognitiva.....	57
8.3.1 Esquemas Cognitivos.....	57
8.3.2 Teoría del apego.....	65
8.3.3 Teoría de la desesperanza.....	67
8.4 Desarrollo y curso del tratamiento.....	68
8.5. Factores de riesgo y pronostico.....	70
8.6 Tratamiento.....	71
8.7 Modalidades de Intervención.....	73
8.8 La Terapia Cognitiva.....	74
8.9 Predisposición y desencadenamiento de la depresión.....	81

8.10 Modelo de Interacción Reciproca.....	84
8.11 Requisitos terapia cognitiva.....	84
8.12 Estilos de apego.....	85
8.13 Cinco tareas terapéuticas.....	92
9. Análisis del caso.....	94
10. Conclusiones y Discusión.....	98
11. Bibliografía.....	100
12. Anexos.....	103

Tabla de anexos

Consentimiento informado..... 103

Pruebas aplicadas..... 106

2. Introducción

La presente investigación, pretende, tener un abordaje, desde la conceptualización, comprensión, y análisis, de la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas, y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente para un caso único.

Para empezar, se realizara una explicación del caso único de estudio, avistando una explicación detallada del mismo, en cuanto a síntomas específicos, historias personales, familiares, entre otras, que permitirán una mayor comprensión de éste; a continuación, se mostrará el proceso de evaluación de este caso único, sustentado con el apoyo teórico de la conceptualización diagnóstica.

La conceptualización teórica del trastorno, está basada en los parámetros del modelo cognitivo conductual, a partir de los autores conductuales y cognitivos, cuyos aportes han contribuido a la comprensión fenomenológica de los trastornos psicológicos como la depresión, tales como, Seligman, 1983, Beck, 1983, Freeman, 1997, Young, 1993., así como los parámetros del DSM V del trastorno depresivo persistente, como es la Distimia.

La Distimia, se define según DSM-V (APA, 2013) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios; El manejo terapéutico de la distimia involucra una combinación de tratamiento con medicamentos antidepresivos y con psicoterapia. Griffiths, 2000.

Los tratamientos psicológicos que tienen evidencia científica con mayor eficacia en los trastornos afectivos: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos. Todos ellos consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son

susceptibles de aplicación grupal, así como para el mantenimiento de los resultados terapéuticos obtenidos (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

La psicoterapia cognitiva conductual, ofrece diversas modalidades terapéuticas para el tratamiento de la depresión; en 1979, Aaron Beck (Beck y col., 1979), propuso un abordaje estructurado, directivo, activo, con abundantes elementos integradores, denominado psicoterapia cognitiva conductual. Este abordaje está basado, en cómo los afectos, están determinados por el modo en el que el sujeto construye el mundo; refiriéndose a sí, en la forma en que cada persona deposita significados a las situaciones o experiencias de su vida.

El presente estudio de caso clínico, cuyo diagnóstico es el Trastorno depresivo persistente pretende analizar, el proceso de intervención basado en elementos científicos, con un proceso terapéutico, que invita a una búsqueda exhaustiva de fuentes históricas, con el fin de lograr la verificación de hipótesis propuestas y la elección eficaz de plan de tratamiento para el mismo, con un apoyo científico, el cual brindará soporte al proceso de intervención. La paciente es mujer, de 20 años de edad, quien se encuentra cursando estudios de pregrado, la cual, estuvo expuesta a experiencias tempranas tales como, abandono de figura significativa, carencias afectivas, las cuales originaban en un ambiente con una alta tasa de estímulos aversivos, tales como, un padre poco disponible, ambiente con carencias afectivas, y con poca satisfacción de sus demandas, que a su vez, permitieron en su infancia adquirir esquemas de pérdida y abandono a su vez, compuestos de creencias, que según, Beck, durante la depresión llegan a ser predominantes, filtrando la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes; presentando en el resultado de su evaluación, una serie de distorsiones cognitivas como, filtraje, sobre generalización, y visión catastrófica, estas, que para Beck, hacen parte de la modalidad depresiva, en conjunto con la triada cognitiva, de polaridad negativa en la visión negativa de sí misma, teniendo pensamientos como “ soy horrible”,

visión del mundo, teniendo pensamientos como “siempre va a existir alguien mejor, no puedo lograrlo”, visión hacia el futuro, teniendo pensamientos como” nada de lo que haga va a funcionar”.

Se utiliza la Terapia cognitivo conductual, ya que es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por

Ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976).

La depresión ha sido, una de las patologías, mas estudiadas, de los trastornos mentales, desde diversos aportes de diferentes autores, que contribuyen a la comprensión de estos trastornos, Seligman, desde su teoría de la desesperanza aprendida, Beck, desde el proceso del modelo cognitivo conductual, bajo el supuesto teórico subyacente de los afectos y a conducta, así como su modelo genérico, entre otros autores, por su parte, Young, quien ha realizado aportes significativos, los cuales han contribuido a la comprensión de los trastornos psicológicos, a partir de su modelo de esquemas maladaptativos.

Dando cabida a focalizar el análisis a nivel de los esquemas maladaptativos, (Rodríguez, 2009. P. 62), donde se evidencian, desconexión/ rechazo: con la faceta de abandono y de privación emocional alterada; así mismo, en los estilos de afrontamiento utiliza la sobrecompensación, escape ante el esquema.

Por último, se establece, la notable mejoría en cuanto a sentimientos de tristeza recurrentes, y reestructurar el auto diálogo negativo, con base a su autoestima y autoconcepto, guiada por la reestructuración cognitiva de sus pensamientos automáticos, creencias centrales y

distorsiones cognitivas que hacen parte de su esquema, mejorías, que se vieron evidenciadas, en las diversas maneras de afrontamiento en diferentes situaciones, de las cuales guiándonos de su línea base, presentaba la sintomatología antes mencionada, de las cuales se observaron en el proceso terapéutico mediante entrevistas intensivas, informes personales, observaciones clínicas, cuestionarios y evaluaciones de cohortes que fueron reemplazadas por distintas estrategias de afrontamiento, que permitieron la disminución notable de los síntomas, por tanto se logró una visible mejoría en el malestar de la paciente.

3. Justificación

La presentación de este estudio, pretende como finalidad, describir la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas y comportamentales para la manifestación del trastorno depresivo persistente en un caso único; lo cual será facilitador para la identificación de variables que se asociadas, a la génesis del trastorno que presenta una mujer de 20 años.

El estudio de casos es definido por Denny (1978) como “un examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo”. Otros autores como MacDonald y Walker (1977) hablan del estudio de casos como un examen de un caso en acción. Patton (1980) lo considera como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. Todas las definiciones vienen a coincidir en que el estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (García Jiménez, 1991).

Como forma de investigación, el estudio de casos se define por el interés en el/los caso(s) individual(es) (Stake, 1994). En este sentido, Stenhouse (1990) considera el estudio de casos como “método que implica la recogida y registro de datos sobre un caso o casos, y la preparación de un informe o una presentación del caso”.

Se observa que diversos orígenes de la distimia son complejos y multifactoriales, partiendo de las diferentes bases que involucran los mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, por lo cual se han desarrollado varias hipótesis al respecto, donde manifiestan que las causas podrían estar en la transmisión genética de la vulnerabilidad a la depresión debiéndose este a un modo poligénico de herencia, de igual manera interfieren factores ambientales, señalando también que las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden

incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad depresiva. (Miriam E. Jiménez-Maldonado, Geisa B., Gallardo-Moreno, Teresita Villaseñor-Cabrera & Andrés A. González-Garrido, 2012).

Con lo anterior, se hace referencia a la diversidad de factores, que pueden dar origen a la génesis del trastorno depresivo persistente, en las que se ven inmersos, distintas esferas como biológicas, psicológicas, sociales y ambientales; es por tanto, este estudio de caso pretende comprender la génesis explicativa del trastorno de cognitivo conductual, en un caso único con trastorno depresivo persistente (distimia) con ansiedad., con el respaldo teórico, y revisión de bibliografía, el proceso de evaluación y conceptualización para la ejecución y diseño del plan de tratamiento para este caso en particular y a la contribución de otros según su referencia teórica.

El estudio de caso único según Goode & Hatt (1976), citado en Arzaluz (2005) plantea que “(...) el método del estudio de caso no es una técnica particular para conseguir datos (como en la entrevista), sino una manera de organizar éstos con base en alguna unidad escogida, como puede ser la historia de vida del individuo, la historia del grupo o algún proceso social delimitado. Se pueden emplear todas las técnicas que utilice otro modo de organización: entrevistas intensivas, cuestionarios, historias personales, documentos, informes de casos hechos por otras personas, cartas, etc. La conservación del carácter unitario del caso viene ayudada por la amplitud de los datos reunidos y los niveles de casos que se añaden, por el empleo de índices y tipologías y por el hincapié que se hace de la interacción dentro de una dimensión del tiempo”.

Siendo así, el estudio de casos único, un marco de referencia, que brindara aportes en cuanto a su referencia teórica, proceso de evaluación y técnicas de abordaje del trastorno depresivo persistente, además contribuirá y aportará ideas, al diseño de planes eficaces según el grupo etario al que pertenece la paciente de este estudio de caso, asimismo, aportará, ideas para la generación

de apertura, a investigaciones futuras, con otros factores como pueden ser, el suicidio asociado al trastorno, otros grupos etarios, como en la niñez o en el adulto mayor, entre otros.

Por tanto, se considera necesario, realizar un estudio sobre las diversas variables, cognitivas, afectivas, y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente para un caso único que influyen de manera importante, en la génesis de la manifestación del trastorno. Por consiguiente, este estudio de caso, se enfocara, en la descripción, de los mismos, siendo esta, la variable de estudio, sin embargo también se considera importante, mencionar, aspectos relevantes acerca de la evaluación e intervención del trastorno depresivo persistente.

4. Área Problemática

La salud mental, OMS se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental es fundamental para la salud pública y hay muchas razones para que sea así: los trastornos mentales son frecuentes, afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente. Posada, (2003)

Según el Estudio Nacional de Salud Mental, en Colombia, (2003,) el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %).

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, cuya repercusión se denota en el pronóstico de los mismos. En cuanto a la demografía se evidencia, relación en que la población femenina tiene una mayor probabilidad a presentar trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos relacionados con el control de impulsos. Además, los hombres jóvenes y no casados tienen más probabilidades de presentar trastornos por uso de sustancias. Las personas encuestadas de hogares con ingresos clasificados como de promedio bajo,

que nunca se habían casado y que no tenían educación secundaria, tuvieron mayores probabilidades de tener una enfermedad moderada o grave. Posada, (2003).

Por tanto, existe una necesidad importante de atención a esta población, que viene presentando aumentos alarmantes en la expansión de este tipo de trastornos, es así, que se consideró necesario realizar este caso de estudio único, que permitirá describir la génesis de desarrollo, de las características cognitivas, afectivas y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente, el cual, se realizó, bajo el respaldo teórico, sustentando en el modelo cognitivo conductual, con autores como referentes del modelo conductual, como Seligman, y el modelo cognitivo conductual como Beck, Young, integrar los elementos conceptuales ajustándolos al particularidad del caso, facilita la comprensión fenomenológica del mismo.

Así mismo, como sugiere el modelo cognitivo conductual de Beck, (1983), la aplicación de técnicas cognitivas, afectivas y conductuales, que garanticen la evolución de la paciente, según el plan de tratamiento diseñado y los resultados arrojados en la evaluación de la misma; de lo cual, la expectativa es la minimización de la sintomatología presente y la disolución de la alteración en el estado de ánimo, lo cual confirma que el abordaje cognitivo conductual, es una herramienta eficaz y efectiva en cuanto al tratamiento del trastorno depresivo persistente.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Comprender la génesis explicativa de desarrollo de las características cognitivas, afectivas, y comportamentales para la manifestación del trastorno depresivo persistente (Distimia), bajo el respaldo teórico, de la terapia cognitivo conductual.

5.2 Objetivos Específicos

Describir el desarrollo etiológico del trastorno depresivo persistente con el fin de explicar la dinámica clínica del caso desde las bases cognitivo conductuales.

Describir las características del proceso de evaluación y diagnóstico del trastorno depresivo persistente, que permitirá diseñar el plan de tratamiento como caso único.

6. Historia Clínica

6.1 Identificación del paciente

S.P es una paciente femenina de 20 años de edad quien esta soltera, no tiene hijos hasta el momento, es de religión católica y se encuentra estudiando séptimo semestre de psicología.

6.2 Motivo de consulta

“ya había realizado un proceso, pero no lo termine, por la situación económica, pero ahora como estoy a punto de terminar la carrera decidí volver a retomarlo, realmente yo tengo problemas con mis papas, bueno más con mi mama, no estoy de acuerdo con muchas cosas y me da ira, además tengo problemas de autoestima”.

6.3 Identificación de problemas actuales

P1. Dificultades en las relaciones familiares.

P2. Alteración en el estado de ánimo con respuestas depresogénicas

6.4 Análisis descriptivo

P1.Dificultades en las relaciones familiares

SP expresa, que existen dificultades en el contexto familiar, que iniciaron, según ella, aproximadamente desde sus 6 años de edad; S.P, manifiesta, , que sus padres, no permitían que saliera con amigos y vecinos, ya que estos preferían que ella, se mantuviera en casa realizando cualquier actividad distinta a otras donde tuviese que salir de su hogar, menciona, que esta situación le ocasionaba molestias, ya que no comprendía porque sus vecinos y amigos cercanos, si podían salir de sus casas a jugar y ella no, además, refiere que esta situación se presentaba

durante todos los días en las tardes, cuando terminaba sus tareas escolares y quería salir a jugar, y además, durante los fines de semana, generando en ella pensamientos como “*yo nunca puedo salir*”, “*no me dejan hacer nada*”, “*estoy muy aburrida*”, “*creo que a mi mama le da cosa, sacarnos porque a ella le tenían rabia*” “*a mí no me quieren*”, “*les tengo rabia*”, generándole sentimientos de rabia, hostilidad y posteriormente desanimo, acompañados de respuestas fisiológicas como: ganas de llorar, y sensaciones de malestar, descritas por la paciente como “no tengo ganas de hacer nada”, lo cual le ocasiona durante el transcurso del día, ganas de dormir y pesadez para llevar a cabo sus actividades diarias, otorgándole a la frecuencia con la que aparecen dichos pensamientos en escala subjetiva de 1-10 una puntuación de 6, no obstante al grado de tristeza y malestar, le otorga una puntuación de 10, en escala subjetiva de 1-10; escenario, que permaneció durante toda la niñez y adolescencia de la paciente.

Por otra parte, S.P, refiere, que sus padres y familiares, casi diariamente y según la paciente, desde sus 9 años aproximadamente, hasta su edad adulta, expresan, comentarios despectivos y hostiles acerca, de su aspecto físico, en contextos como, en horas de las comidas, cambios de ropa, y generalmente, en situaciones, donde la alimentación, vestido y arreglo personal estén inmersas, entre estos, “*estas gorda*”, “*que nariz horrible*”, “*eres una choncha*”, “*ese pelo tuyo no tiene arreglo*”, “*deberías ir al gimnasio*”, originando en ella, pensamientos como, “*que les pasa*”, “*siempre lo mismo*”, “*estoy horrible*”, “*mi cabello no tiene arreglo*”, “*tengo que ir al gimnasio*”, “*porque son así conmigo*”, “*están haciendo lo mismo con mi hermana*”, “*les tengo rabia*”, ocasionándole sentimientos de vergüenza, rechazo, rencor y rabia, hacia sus familiares, acompañados de respuestas fisiológicas como ganas de llorar, desanimo, y dolores de cabeza.

Así mismo, la paciente comenta, que aproximadamente desde sus 13 años, vive en un constante conflicto con su madre, ya que manifiesta, no estar de acuerdo con la relación de pareja que tienen sus padres, debido a que, el padre de S, P, no vive en la casa familiar, puesto que este, tiene dos relaciones de pareja además de la que tiene con la mamá de la paciente, con las cuales tiene hijos. A su vez, la paciente relata, que su padre organiza su semana para compartir con las 3 familias, sin embargo hace referencia que, a su familia no le dedica el tiempo suficiente, y además no cumple con las obligaciones de las cuales es el encargado, S,P manifiesta pensamientos como, “*a nosotras, siempre nos toca lo peor*”, “*él no es capaz de hacer lo que le corresponde*”, “*primero siempre están los demás*”, “*no sé, porque mi mamá aun esta con él*”, “*esa relación no la entiendo*”, “*mi mamá siempre me dice, que no me meta en su vida, que no sea sapa*”; “*eso me pasa por meterme*”, “*ya no voy a decir más nada*”, “*finalmente esos no son los mosquitos que me pican*”, generándole en ella, sentimientos de rabia, tristeza, y desánimo, acompañadas a su vez por respuestas fisiológicas como ganas de llorar, desánimo y dolor de cabeza. Por otra parte, en cuanto a su familia paterna, la paciente comenta, que no tiene buenas relaciones, relata, que su abuela y tías paternas, nunca estuvieron de acuerdo, con la relación de sus padres, además, comenta sentir ciertas preferencias de parte de su abuela, con comentarios como “*menos mal y tu mamá nada más parió dos*”, “*menos mal tus hermanas no tienen esa nariz*”, con sus demás hermanos, “*ella en su casa, ni fotos más tiene*”, “*para ella sus únicos nietos son los otros*”, situación que genera molestia y sentimientos de rencor en la paciente, acompañados de las respuestas fisiológicas, como dolores de cabeza, desánimo, ganas de llorar.

P2. Problemas en el estado de ánimo con respuestas depresogénicas

SP, manifiesta, que desde temprana edad, experimentaba dificultades, en cuanto a su estado de ánimo, que generalmente aparecían en situaciones relacionadas a su contexto familiar, ya que, comenta que en ocasiones, vivenciaba, sentimientos de rencor, rabia y hostilidad, hacia sus familiares cercanos, debido a que según la paciente, los miembros de su familia constantemente, critican de manera destructiva y con comentarios hostiles cualquier esfera de su vida, además, refiere que, en diversas ocasiones ha realizado conductas con el fin de buscar agradar a sus padres, de las cuales no ha tenido respuestas positivas en ninguna ocasión, entre estas, ir al gimnasio, adelgazar, alaciar su cabello. Estas situaciones antes mencionadas, generaban en ella, dificultades de autoestima y auto concepto teniendo pensamientos como, “no quiero tenerles rabia”, “son mis papas, porque siento esto”, “a ellos nada les gusta”, “no estoy segura si deba comprarme ropa distinta, al fin ni le va a parecer”, “cualquier cambio que yo haga, igual me lo van a criticar”, los cuales originaban sentimientos de, rabia, rechazo, soledad, tristeza y desesperanza en la paciente, acompañadas por respuestas fisiológicas de ganas de llorar, sensaciones de malestar, descritas como “no me dan ganas de hacer nada”, y sensación de pesadez para llevar a cabo sus actividades diarias.

Por último, cabe resaltar, que aunque estas dificultades se presentan exclusivamente en las relaciones familiares, se han trasladado, de forma indirecta a la relación de pareja actual de la paciente, con la cual tiene dificultades, debido a las problemáticas en cuanto a su estado de ánimo.

6.5 Descripción sintomática

- **Aspectos cognitivos:**

Dificultades en las relaciones familiares: “no me dejan hacer nada”, “estoy muy aburrida”, “a mí no me quieren”, “creo que a mi mama le da cosa, sacarnos porque a ella le tenían

rabia” , “les tengo rabia”, “que les pasa”, “siempre lo mismo”, “porque son así conmigo”, “están haciendo lo mismo con mi hermana”, “me da ira que mi papa no viva con ella”, “él tiene otra familia y a nosotras siempre nos toca lo peor”, “la familia de mi papa no gusta de nosotros”.

Problemas en el estado de ánimo: “estoy horrible”, “mi cabello no tiene arreglo”, “tengo que ir al gimnasio”, “siento que soy fea”, “no me gustan muchas partes de mi cuerpo”, “no siento que me esfuerce lo suficiente en la universidad”, “me la paso procrastinando todo, más, si son cosas de la u, o más”.

- **Aspectos afectivos:** rencor, angustia, tristeza, sentimientos de culpa.
- **Aspectos fisiológicos:** dolores de cabeza.
- **Aspectos conductuales:** llamar a su mama y discutir con ella, discutir con su pareja,
- navegar en redes sociales y mirar fotos de ex parejas de su novio.
- **Aspectos relacionales:** relaciones familiares de tipo conflictivo.
- **Aspectos contextuales:** Las dificultades se presentan en el contexto familiar y de relaciones de pareja.

6.6 Historia personal

SP, es una paciente de 20 años de edad, quien actualmente se encuentra asistiendo a proceso terapéutico en el Centro de Atención Santa Rosa de Lima, por su parte, la paciente refiere que su niñez, fue una etapa tranquila, no obstante menciona la relación de pareja conflictiva que tenían sus padres, a su vez, los periodos de ausencia de su padre y las diferencias afectivas entre ella y sus hermanos por parte de su familia paterna; en cuanto a su adolescencia, comenta que las normativas de su hogar, generaron dificultades en las relaciones entre los miembros de la familia, ya que no se le permitía realizar actividades fuera de casa con amigos y vecinos, sin embargo refiere que muy pocas veces, se le permitió hacerlo, bajo diversas condiciones; además relata, que en esta etapa, vivencio situaciones con sus padres, que forjaban conflicto en la familia, ya que la paciente expresaba su desacuerdo con la relación de pareja que tenían sus padres, y generaba en SP, dificultades en su estado de ánimo; en cuanto a otras experiencias significativas, a sus 17 años, cambio su lugar de residencia, ya que por su desempeño académico, ganó la beca ser pilo paga y se trasladó a la ciudad de Barranquilla a estudiar psicología, además inicio su primera relación de pareja, con la cual presentó dificultades y culminó, siendo esta situación de gran impacto para ella, por lo cual decide iniciar un proceso psicoterapéutico y deserta del mismo por motivos económicos.

Actualmente, SP, decide retomar nuevamente el proceso psicoterapéutico, ya que manifiesta estar a punto de terminar su carrera y lo considera necesario.

6.7 Historia familiar

SP, es la hija mayor de dos hermanas, por parte de ambos padres, sin embargo ocupa el lugar número 5, de todos sus hermanos por parte de padre, su familia, es originaria de la ciudad de Riohacha, la Guajira, donde convive con su hermana menor y su madre, por su parte, el padre

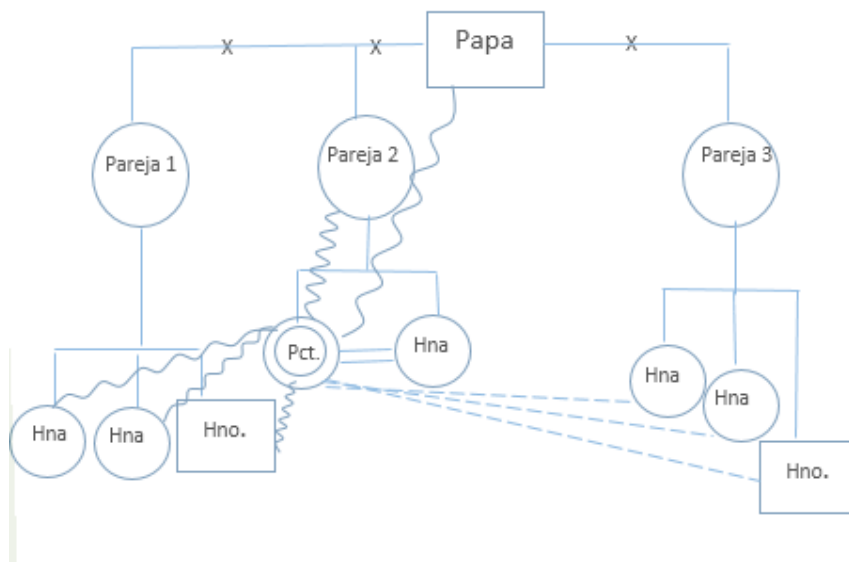
de la paciente, convive en algunas ocasiones en la casa familiar, debido a que este tiene dos familias más aparte de la que conforma con la madre de SP, este, se encuentra conviviendo, la mayor parte del tiempo con su madre en otra vivienda y según la paciente “divide la semana para compartir con las tres familias”; situación, que se viene presentando desde la edad de 6 años según comenta la paciente “desde que tengo uso de razón, pensaba que “no me parece que ella no le diga nada”, “no entiendo porque está con él”, “a nosotras siempre nos toca lo peor”, “es que no entiendo esa relación”, “no me cabe en la cabeza como pueden estar así”, generándole sentimientos de rabia, tristeza, acompañado de respuestas fisiológicas tales como sensación de malestar y tristeza.

En cuanto a la relación con los miembros de su familia describe, que durante su niñez y adolescencia, percibía la relación con sus padres, de forma distante, con poca comunicación, teniendo pensamientos como “mi mama no me quiere”, “no sé porque es así conmigo”, “no me para bolas”, “no me deja hacer nada”, “no le quiero tener rabia”, “a nosotras siempre nos toca lo peor”, “mi papa no nos quiere”, “él siempre nos deja de ultimas”, generando en ella sentimientos de tristeza y hostilidad frente a sus padres, por otra parte comenta, que las relaciones con su madre “han mejorado un poco”, desde que se cambió de residencia”, sin embargo, cuando regresa a casa, en temporada de vacaciones, la relaciones entre ellas, continúan siendo conflictivas, teniendo pensamientos como, “yo no sé ella porque es así”, “nunca escucha”, “la tienen como una boba y no dice nada”, definiendo esta, con poca comunicación, y marcadas por sentimientos de ambivalencia y hostilidad, no obstante, refiere, que tiene una relación un poco más cercana con su hermana menor, de su padre, comenta que sus relaciones son distantes, conflictivas, carentes de afecto, y con pocas demostraciones de cariño a la paciente, con poca comunicación entre ellos, refiere pensamientos como “nuestra relación es tipo, hola y chao”, “como no lo veo casi, pues no

hablamos casi” ; además manifiesta, que no comparte tiempo suficiente con él, debido a que, este se ausenta por periodos de tiempo.

La paciente, actualmente se encuentra pensionada en la ciudad de Barranquilla, convive con la encargada de la administración del sitio donde se encuentra viviendo y con 3 estudiantes universitarios, donde describe buenas relaciones interpersonales.

6.8 Genograma



6.9 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación, se lleva a cabo, con la finalidad de realizar una valoración exhaustiva de la problemática de la paciente, con la aplicación de herramientas pertinentes, que sustentaran la explicación de las mismas apoyadas según el modelo cognitivo conductual; Esta descripción del proceso se asocia frente a uno de los objetivos específicos de este caso investigativo.

Este proceso, pretende, además de evaluar, la problemática presente, las variables que pudieron, determinar el origen de las mismas, y a su vez los diversos factores, que pueden mantenerlas. Así mismo, permite identificar los objetivos de tratamiento, ya que estos requieren, una evaluación previa del caso y facilitara el cumplimiento de los mismos.

En este caso único, se ocuparon diversas técnicas para el proceso evaluativo, que permitieron identificar, distintos factores que facilitaron la explicación del perfil cognitivo y conceptualización del caso.

Los instrumentos aplicados que se llevaron para llevar a cabo la evaluación del trastorno fueron:

Áreas a evaluar	Instrumentos
Cognitiva	Entrevista con la paciente. Inventario de pensamientos automáticos (Ruiz y Lujan, 1991). Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L.
Afectiva-Conductual	Inventario de depresión de Beck (BDI). Entrevista con la paciente.

Tabla 1. Áreas a evaluar, Instrumentos Utilizados

Inventario de pensamientos automáticos Ruiz Y Lujan, 1991

DISTORSIONES COGNITIVAS	PUNTAJE	VALORES DE REFERENCIA		DE ACUERDO A LOS PUNTAJES OBTENIDOS EL RESULTADO FUE:		
		X	Ds	BAJO Percentil 25	MEDIO Percentil 50	ALTO Percentil 75
1. FILTRAJE, ABSTRACCION SELECTIVA Ítems 1, 16 y 31.	5	2,38	2,0	1	2	3
2. PENSAMIENTO POLARIZADO Ítems 2, 17 y 32.	4	1,1	1,53	0	1	2
3. SOBREGENERALIZACIÓN Ítems 3, 18 y 33.	6	1,33	1,63	0	1	2
4. INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO Ítems 4, 19 y 34.	3	1,79	1,6	0	2	3
5. VISIÓN CATASTRÓFICA Ítems 5, 20 y 35.	5	1,97	1,65	1	2	3
6. PERSONALIZACIÓN Ítems 6, 21 y 36.	4	1,3	1,48	0	1	2
7. FALACIA DE CONTROL Ítems 7, 22 y 37.	2	1,75	1,62	0	1	3
8. FALACIA DE JUSTICIA Ítems 8, 23 y 38.	2	2,1	1,85	1	2	3
9. RAZONAMIENTO EMOCIONAL Ítems 9, 24 y 39.	2	1,41	1,7	0	1	2
10. FALACIA DE CAMBIO Ítems 10, 25 y 40.	1	1,99	1,76	1	2	3
11. ETIQUETAS GLOALES Ítems 11, 26 y 41.	2	1,33	1,72	0	1	2
12. CULPABILIDAD Ítems 12, 27 y 42.	2	1,70	1,94	0	1	2
13. LOS DEBERÍA Ítems 13, 28 y 43.	2	2,50	1,89	1	2	3
14. FALACIA DE RAZÓN Ítems 14, 29 y 44.	2	2,33	1,84	1	2	3
15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA Ítems 15, 30 y 45.	3	3,27	2,38	2	3	5

Tabla 2. Resultados de Inventario de pensamientos automáticos, Ruiz y Lujan

La tabla 2, representa los resultados frente al Inventario de pensamientos automáticos de Ruiz y Lujan, en la cual se observan la distorsiones que puntúan por encima de la media, entre estas, filtraje, lo cual indica que la paciente se centra en el detalle; abstracción selectiva, es decir, que la paciente, se focaliza únicamente en los aspectos

negativos dentro de una situación; pensamiento polarizado, por lo cual, la paciente percibe la realidad de manera extremista; visión catastrófica, lo cual indica la tendencia a la percepción negativa y caótica; y personalización, la cual se entiende, por la falsa atribución de causar situaciones sin razones validas.

Según el respaldo teórico, los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967); por tanto, se observa el manifiesto de las distorsiones cognitivas que presenta la paciente frente a los conceptos negativos que tiene en cuanto a sí misma, el presente y el futuro, los cuales mantienen la conceptualización errada debido a los errores sistemáticos presentes, por esto cabe aclarar el significado de cada uno de estos.

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L

Esquemas	Puntuación Directa	Percentil	Resultados
Abandono	34	99	Significativamente alto
Auto-control / auto-disciplina	24	93	Significativamente alto
Desconfianza / abuso	6	35	No hay presencia del esquema, es bajo
Deprivación emocional	26	99	Significativamente alto
Vulnerabilidad al daño / enfermedad	24	99	Significativamente alto
Autosacrificio	8	41	No hay presencia del esquema, es bajo
Estándar inflexible	24	100	Significativamente alto
Estándar de imperfección y autoexigencia	17	97	Significativamente alto
Inhibición emocional	4	35	No hay presencia del esquema, es bajo
Derecho	8	70	Presencia del esquema en mediana medida
Entrapamiento	4	45	No hay presencia del esquema, es bajo

Tabla 3. Resultados de cuestionario de esquemas de Young YSQ-L

Análisis de resultados cuestionario de esquemas maladaptativos de Young: Citado en Revista Latinoamericana de Psicología 2005, volumen 37, No 3, 541-560

En cuanto al análisis de los resultados, se puede observar, los diferentes esquemas presentes en la paciente, los cuales se corroboraron en diversos momentos, a lo largo del proceso, estos, permiten el mantenimiento de las manifestaciones sintomáticas presentes en el trastorno depresivo persistente, debido a que funcionan como vertebra en su perfil cognitivo. En cuanto a los resultados, es importante dar significado a cada uno de los esquemas presentes para mayor comprensión de los mismos.

Esquema de Abandono: El esquema de abandono hace referencia a que los demás son personas inestables emocionalmente e indignos de confianza para prodigar apoyo y vinculación. Implica la sensación de que las personas significativas no podrán continuar proporcionando apoyo emocional, vínculos o protección, debido a que son emocionalmente inestables e impredecibles (Young, 1999). Estas creencias expresan el temor y la preocupación de ser abandonados por personas significativas. El esquema de abandono ha sido considerado como un factor de vulnerabilidad en diferentes trastornos psicopatológicos, entre los que se destacan la depresión (Clark & Beck, 1997; Stopa & Waters, 2005), la ansiedad social y los trastornos de la alimentación (Hinrichsen, Waller & Emanuelli, 2004) y el trastorno límite de la personalidad (Jovev & Jackson, 2004).

Esquema de insuficiencia de autocontrol / autodisciplina: El esquema de insuficiente autocontrol/autodisciplina hace referencia a la dificultad generalizada por ejercer control sobre las

propias emociones, por limitar la expresión excesiva de las mismas y controlar los impulsos, y la poca disciplina empleada para alcanzar las metas. Toma la forma de un énfasis exagerado en evitar la incomodidad, evadiendo el dolor, el conflicto, la confrontación, la responsabilidad o el esfuerzo excesivo a expensas de la realización personal, el compromiso o la integridad. En el estudio realizado por Waller, Ohanian, Meyer y Osman (2000) en personas diagnosticadas con trastornos de la alimentación, aparece este esquema como uno de los asociados al trastorno.

Esquema de deprivación emocional: La privación emocional está en relación con la creencia de que el deseo de lograr un grado normal de apoyo emocional no será adecuadamente satisfecho por los otros. Este esquema contempla tres dimensiones de la privación: privación de cuidados (ausencia de atención, afecto, calidez o compañía), privación de empatía (ausencia de comprensión, escucha, apertura o de intercambio mutuo por parte de los otros) y privación de protección (ausencia de fortaleza, dirección o guía)

Esquema de vulnerabilidad al daño y enfermedad: El esquema de vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, es una creencia que se dirige hacia la anticipación de catástrofes inminentes e incontrolables. Las anticipaciones se centran en uno o más de los siguientes aspectos: catástrofes médicas (por ejemplo ataques cardíacos, cáncer, SIDA), catástrofes emocionales (por ejemplo, volverse loco, indigente o perder el control) y catástrofes externas (por ejemplo, fallas en elevadores, ser atacado por criminales, accidentes aéreos, terremotos, etc.).

Esquema de estándar inflexible y estándares inflexibles de perfeccionismo y autoexigencia: Este esquema de estándares inflexibles refiere creencias relacionadas con el

esfuerzo que la persona debe hacer para alcanzar estándares muy altos de conducta y desempeño, generalmente dirigidos a evitar la crítica. Esta creencia provoca sentimientos de presión y dificultades para atenuar el ritmo de vida, y en una actitud hipercrítica hacia sí mismo y hacia los demás. Involucra un deterioro significativo del placer, la diversión, la salud, la autoestima, la sensación de logro o las relaciones satisfactorias. Los estándares inflexibles adquieren generalmente la forma de perfeccionismo entendido como atención desmedida a los detalles o subestimación del buen desempeño, también pueden referirse a reglas rígidas y «deberías» no realistas en muchas áreas de la vida, incluyendo altos preceptos morales, éticos, culturales o religiosos, adquieren también la forma de preocupaciones por el tiempo y la eficiencia para poder alcanzar metas más altas. En las investigaciones revisadas estos factores han estado asociados con el trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo (Jovev & Jackson, 2004).

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck y cols, 1961)

Puntaje	Intensidad
19	Depresión leve

Tabla 4. Resultados Inventario de Depresión de Beck

En el rango de la puntuación de 0-63, la paciente obtuvo una puntuación de 14; cuyo valor se encuentra dentro del rango (10-20), que equivale a leve perturbación del estado de ánimo.

En cuanto al proceso de análisis de evaluación en conjunto con la aplicación de los mencionados instrumentos, integrados a la entrevista, orienta a la realización de hipótesis

diagnósticas, tales como la bipolaridad, enfermedades médicas, otros trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y enfermedades comórbidas, las cuales se discriminaron a lo largo del proceso evaluativo, sustentando dicho proceso con los criterios diagnósticos presentados según el DSM V, y los resultados arrojados por los instrumentos, además del proceso de intervención clínica, el cual permite, estar en constante evaluación de la hipótesis propuesta, utilizando técnicas propias del modelo cognitivo conductual. Finalmente, las estrategias mencionadas, no solo dieron lugar a corroborar la hipótesis del trastorno depresivo persistente, si no, permitieron comprender la génesis explicativa de las características cognitivas, afectivas y comportamentales para la manifestación de dicho trastorno.

6.10 Conceptualización Diagnostica

Con respecto al apartado de conceptualización diagnostica, cabe resaltar que este proceso, conforma parte importante, del ejercicio clínico de confirmación de hipótesis, cuya información aquí plasmada, se abordara de manera amplia en el apartado de marco teorico con el debido respaldo conceptual de los autores correspondientes.

F 34.1 Trastorno depresivo persistente (Distimia), con ansiedad leve, de inicio temprano.

La distimia es una condición relativamente poco estudiada en los trastornos depresivos. La mayoría de los estudios realizados en sujetos con depresión se basan en pacientes que sufren principalmente depresión mayor; sin embargo, se considera que la distimia tiene peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor y que puede producir igual o mayor limitación funcional, ya que los pacientes con distimia se quejan de que sus síntomas interfieren de manera importante con sus

actividades sociales y su funcionamiento en el trabajo o la escuela. E. Airaksinen, M. Larsson, I. (2004)

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnia; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza. Masson (2002).

Esta entidad se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños. Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, la afección no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias. Asimismo, los síntomas no deben atribuirse a abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier evento de la vida que pueda causar tristeza. M. Larraguibel, (2003)

Según el Dsm V, categoriza los siguientes criterios para la realización del diagnóstico

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está; ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- Poco apetito o sobrealimentación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Poca energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.
- Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo

C. Nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de! espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar Clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- **Diagnóstico diferencial**

Trastorno depresivo mayor: Si existe ánimo deprimido además de dos o más síntomas de los criterios del episodio depresivo persistente durante dos años o más, entonces se realiza el diagnóstico de trastorno depresivo persistente. El diagnóstico depende de la duración de dos años, que lo distingue de los episodios de depresión que duran menos de dos años. Si los síntomas cumplen los criterios suficientes para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor en cualquier momento, entonces se debería hacer el diagnóstico de depresión mayor, pero no se codifica como, diagnóstico separado, sino como un especificador del trastorno depresivo persistente. Si los síntomas del paciente cumplen en el momento actual todos los criterios del episodio depresivo mayor, Entonces se debería usar el especificador "con episodios intermitentes de depresión mayor con el actual episodio depresivo mayor ha tenido una duración de al menos dos años y sigue presentándose, entonces se usa el especificador "con episodio de depresión mayor persistente".

Cuando no se cumplen todos los criterios del episodio depresivo mayor en el momento actual, pero ha existido al menos un episodio de depresión mayor en el contexto de al menos dos años de síntomas Represivos persistentes, entonces se usa el especificador "con episodios intermitentes de depresión sin episodio actual". Si el paciente no ha presentado un episodio de depresión mayor en los últimos dos años, entonces se usa el especificador "con síndrome distímico puro".

Trastornos psicóticos: Los síntomas depresivos son un rasgo común que se asocia a los trastornos psicóticos crónicos (p. ej., el trastorno esquizoafectivo, la esquizofrenia, el trastorno delirante). No se hace un diagnóstico distinto de trastorno depresivo persistente si los síntomas ocurren durante el curso del trastorno psicótico (incluidas las fases residuales).

Trastorno depresivo o bipolar debido a afectación médica: Se debe distinguir el trastorno depresivo persistente del trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica. El diagnóstico de trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica si no se considera que las alteraciones anímicas sean atribuibles a los efectos fisiopatológicos directos de una afección médica específica, normalmente crónica, basándose en la historia personal, el examen físico y las pruebas de laboratorio (p. ej., esclerosis múltiple). Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica, entonces se codifica el trastorno mental primario (p. ej., trastorno depresivo persistente) y la afección médica se considera como una afección médica concomitante (p. ej., diabetes mellitus).

Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos: El trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/medicamentos se distingue del trastorno depresivo persistente cuando se considera que hay una sustancia (p. ej. una droga de abuso, una medicación, una toxina) que podría estar etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo.

Trastornos de la personalidad: A menudo hay signos de la coexistencia de alteraciones de la personalidad. Cuando la presentación en un individuo cumple los criterios tanto del trastorno

depresivo persistente como de un trastorno de la personalidad, se deben realizar ambos diagnósticos.

La distimia es una condición relativamente poco estudiada en los trastornos depresivos. La mayoría de los estudios realizados en sujetos con depresión se basan en pacientes que sufren Principalmente depresión mayor Airaksinen E, (2004), sin embargo, se considera que la distimia tiene peor pronóstico que el trastorno depresivo mayor² y que puede producir igual o mayor limitación funcional Aragonés E, (2001), ya que los pacientes con distimia se quejan de que sus síntomas interfieren de manera importante con sus actividades sociales y su funcionamiento en el trabajo o la escuela. Kaplan H, (2000).

El trastorno distímico se caracteriza por un estado de ánimo depresivo durante días la mayor parte del día y dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito; b) insomnio o hipersomnia; c) falta de energía o fatiga; d) baja autoestima; e) pobre concentración; f) dificultad para concentrarse o para tomar decisiones, y g) sentimientos de desesperanza. American Psychiatric Association, (2002).

Esta entidad se define como un trastorno afectivo crónico que persiste al menos 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños. Durante ese periodo, el paciente debe tener los síntomas durante más de 2 meses seguidos y no presentar un episodio depresivo mayor. Además, la afección no debe explicarse por la presencia de trastorno depresivo mayor crónico, episodio maníaco, hipomaníaco o mixto, trastorno ciclotímico o por abuso de sustancias. Asimismo, los síntomas no deben atribuirse a abuso de sustancias, uso de medicamentos, enfermedades médicas, duelo o cualquier evento de la vida que pueda causar tristeza. Larraguibel M. (2003).

La etiología del trastorno distímico es compleja y multifactorial; involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, Moch S, (2011); Aunque aún no se ha llegado a un consenso o conclusión definitiva al respecto. Actualmente hay varias hipótesis que tratan de explicar las causas subyacentes de este trastorno, entre ellas la genética. Se ha propuesto que la transmisión genética de la vulnerabilidad a la depresión se debe a un modo poligénico de herencia, que también involucra factores ambientales. Hasta ahora se han identificado algunos marcadores genéticos potenciales para los trastornos del ánimo en ciertos cromosomas, pero no se ha logrado distinguir algún patrón específico o certero para la distimia. Guadarrama L, (2006).

Por su parte, la hipótesis aminérgica sostiene que los trastornos depresivos son causados por una deficiencia de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central o en la neurotransmisión de alguno de ellos. Vallejo-Ruiloba J, (2005)

También se ha señalado que las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad depresiva. Griffiths J, (2000).

Específicamente, la experiencia de eventos adversos en la infancia parece asociarse con el curso y el pronóstico del trastorno distímico, aunque la información al respecto aún es escasa¹⁶; no obstante, se considera que tres grandes sistemas en el cerebro tienen relación o se afectan: a) el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema del factor liberador de corticotropina (CRF); b) el hipocampo, y c) el sistema noradrenérgico. Guadarrama L, (2006).

Todos estos cambios hacen más sensibles los circuitos de CRF ante la presencia de estrés leve en la edad adulta, lo que a su vez genera una respuesta exagerada al estrés. De manera que ante una exposición persistente al estrés en la edad adulta, estas vías del estrés ya sensibles se

vuelven hiperactivas, lo que determina un incremento persistente en el CRF y la secreción de cortisol, que causa alteraciones en los receptores glucocorticoideos y, en consecuencia, trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, se reconoce que este modelo explicativo tiene limitaciones, pues no todos los pacientes deprimidos reportan eventos traumáticos en la infancia y no todos muestran predisposición genética, lo que hace difícil su valoración. Rot M, (2009),

Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con depresión también presentan anormalidades volumétricas en el hipocampo, la amígdala, el estriado ventral y regiones corticales como la corteza cingulada anterior, la corteza orbitofrontal y la corteza prefrontal. Varios estudios de neuroimagen indican que la depresión puede estar caracterizada por múltiples anormalidades en la interconectividad cerebral entre estructuras subcorticales (particularmente límbicas) y estructuras corticales. Caspi A, (2003).

Numerosos estudios en sujetos con lesiones cerebrales mediante técnicas de neuroimagen indican que pacientes con trastornos del estado de ánimo presentan asimetrías interhemisféricas en la actividad cerebral, particularmente la corteza prefrontal dorsolateral (CPD). Davidson R, (1999).

Se considera que el daño en esta área incrementa la probabilidad de síntomas depresivos. Además, se han reportado alteraciones en la activación de la corteza prefrontal (CP) relacionadas con el procesamiento emocional en sujetos con trastorno depresivo mayor. Estos estudios han llevado a formular la hipótesis de la asimetría prefrontal, que postula una relativa hipoactividad en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda (CPDI) y una hiperactividad en el área homóloga derecha en relación con cambios en el metabolismo y el flujo sanguíneo, lo cual se relaciona entonces con modificaciones del estado de ánimo. Mineka S, (1998).

En su mayoría, los estudios mencionados se realizaron en sujetos con trastorno depresivo mayor. en la que, usando técnicas de resonancia magnética funcional (RM f), compararon los desempeños de un grupo de sujetos con distimia (de inicio tanto temprano como tardío) y un grupo control en una tarea de inducción de emociones a través de la presentación de imágenes; se encontró que los pacientes distímicos tenían una activación significativamente reducida en la CPD; también mostraron incremento en la activación de la amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula en comparación con los controles, diferencias que eran más evidentes cuando se procesaban imágenes de emociones negativas. Estos resultados indican que la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala y la ínsula están involucrados en el circuito que subyace a la distimia. El estudio concluyó que la activación alterada de alguna de estas regiones neurales puede ser un sustrato común para los trastornos depresivos en general, mientras que otras están relacionadas específicamente con el curso crónico y los síntomas característicos de la distimia. Sin embargo, hacen falta más estudios de este tipo para confirmar tales hallazgos. Grimm S, (2007).

7. Descripción detallada de las sesiones

7.1 Sesión 1

- **Objetivo:** Establecer rapport, identificar la problemática de la paciente.

Durante la primera sesión, se inicia evaluación del primer contacto, donde se observa con aseo y arreglo personal adecuado, orientada en persona, tiempo y espacio, en estado de alerta; lenguaje claro, descriptivo, coherente; afecto lábil; pensamiento con buen flujo de ideas, sin contenido delirante; no se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas; memoria conservada, Inteligencia superior, introspección y juicio aceptables.

En esta sesión se logra el establecimiento de empatía con la paciente, realizando el diligenciamiento de historia clínica y motivo de consulta, acompañando el proceso de entrevista a fondo con la misma, con el fin de identificar la problemática presente y que la paciente logre la descripción de los mismos, utilizando técnicas como escucha activa, reflejo, parafraseo, para el fortalecimiento de rapport.

Así mismo, durante la sesión, la paciente logra describir la problemática, tiempo de aparición y refiere de manera descriptiva las estrategias que utiliza para minimizar sentimientos de malestar.

Por último se asignan tareas para el hogar, de plan diario, y lista de dominio y agrado.

7.2 Sesión 2

- **Objetivo:** Establecer el plan, psicoeducar en referencia del modelo cognitivo conductual.

Durante las sesiones 2-5, se inicia con el proceso de psicoeducar de forma detallada la explicación del modelo cognitivo conductual, la interrelación que tienen pensamientos, emociones y conducta, a lo cual la paciente se muestra receptiva, atenta a la explicación, y manifiesta “hacer clic” con el modelo, además, se realiza el chequeo de las actividades asignadas para la casa, de la sesión anterior, de las cuales manifiesta “no logre hacerlo”, situación que permite explicar el compromiso con el proceso.

T: Es importante organizarnos un poco, ya que tenemos muchas cosas de que ocuparnos, en primer lugar, quisiera saber cómo te has sentido últimamente, luego me gustaría que me contaras un poco más acerca de las razones que te llevaron a comenzar una terapia, y los objetivos que te gustaría alcanzar, te parece bien?

P: sí, claro me parece.

T: además, me gustaría que me contaras lo que sabes acerca de la terapia cognitiva, yo te explicare detalladamente, al finalizar la sesión haremos una retroalimentación, quisiera que me contaras como fue la sesión, ¿quisieras añadir algo a nuestro plan para hoy?

P: mmm, no creo que así está bien.

7.3 Sesión 3

- **Objetivo:** Evaluar las problemáticas de la paciente, iniciar el proceso de intervención.

Durante esta sesión, se inicia el proceso de evaluación de la problemática, para esto, se continúa entrevista a fondo con la misma, con el fin de indagar los aspectos relevantes que alimentaran el proceso terapéutico.

A su vez, se inicia con la aplicación de cuestionarios para confirmar impresión diagnóstica, lo cual arroja como resultado, Trastorno depresivo persistente (Distimia).

Paralelo al proceso evaluativo, se inicia paulatinamente el proceso de intervención, llevando a cabo la identificación de pensamientos automáticos y presentación de pensamientos alternativos, mediante técnicas de autoregistro como tareas asignadas para casa y diálogo socrático.

T: ya hemos establecido nuestra agenda del día, y checamos tu estado de ánimo, ahora me gustaría asegurarme de los motivos que te trajeron a terapia, me comentabas que te has sentido triste desde hace mucho tiempo, también ¿te has sentido un poco ansiosa?

P: si, realmente pienso que solo un poco, triste si, bastante.

T: ¿ocurrió algo importante que crees que yo debería saber?

P: no, realmente no.

T: ok, ¿podrías decirme específicamente cuales son los problemas que has tenido últimamente?, me ayudaría que me lo contaras con tus propias palabras.

P: la verdad todo es un enredo doc., mi casa, la universidad, mi novio, y es que no sé, yo creo que tengo problemas de autoestima, no me gusta nada de mí, me siento horrible, es que, el lio de mi casa, son mis papas, me molesta que él tenga otras familias y a nosotras siempre nos toque lo peor, la u, bueno a mí me va muy bien, solo que últimamente no quiero hacer nada, y mi novio no se es que él es tan raro.

T: ¿has tenido alguna idea de hacerte daño?

P: no, para nada.

T: parece que te sientes un poco abrumada

P: si, no sé qué hacer.

T: vamos a concretar entre las dos los problemas que comentas y a desglosarlos ¿te parece?

P: ok

T: parece que en este momento tienes dos problemas principales, uno es que tienes dificultades en las relaciones que tienes con tu familia, y dificultades con tu estado de animo.

P: asiente con la cabeza

7.4 Sesión 4

- **Objetivo:** Evaluar las problemáticas de la paciente, iniciar el proceso de intervención.

Durante esta sesión, se continua con el proceso evaluativo, con la aplicación de cuestionarios para el mismo y entrevista con la paciente, además del inicio progresivo del proceso de intervención, utilizando técnicas como el registro diario de pensamiento, plan diario, técnica de dominio y agrado.

T: para continuar con el proceso haremos una aplicación de diversos cuestionarios, que alimentaran al proceso, ¿estás de acuerdo?

P: si, pero, luego me puedes decir los resultados

T: claro, al finalizar haremos una retroalimentación donde te explicare acerca de ellos.

P: listo

T: además, realizaremos actividades, hoy por ejemplo, iniciaremos con el registro diario de pensamientos, te explicare en que consiste y haremos ejemplos juntas, para que luego puedas realizarlo durante esta semana, ¿te parece bien?

P: claro que sí, eso me llama mucho la atención, cuando me explicaste el modelo busque en internet y me dio esperanzas, rie.

7.5 Sesión 5

Objetivo: Evaluar las problemáticas de la paciente, iniciar el proceso de intervención.

Se finaliza el proceso de evaluación a la paciente, y se da inicio a la intervención, afianzando el abordaje en el aspecto cognitivo que se venía presentando a la paciente durante sesiones anteriores, además, se aborda las dificultades en las relaciones familiares de la paciente, utilizando técnicas como reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración emocional, modelado, role playing, y técnicas de imaginación.

T: me gustaría saber ¿cómo te has sentido últimamente?

P: la verdad, bastante mal y me siento molesta

T: ocurrió algo de lo que crees deberíamos hablar

P: pues, es que mi mama me llamo, y prácticamente a quejarse, osea, mi papa no pago la luz, y ella pretendía que yo lo llamara para decirle que llevara la plata, porque la habían cortado y me moleste tanto.

T: ¿qué decisión tomaste?

P: en ese momento tenía mucha rabia y le dije de todo, eso le pasa por estar con él y a nosotras siempre nos toca lo peor, no sé por qué no lo deja

T: que te lleva a decir que siempre les toca lo peor

P: todo el nunca responde por nada, pero lo que más me molesta es que ella siga con el aun sabiendo que él tiene otras mujeres

T: si tienes dificultades con tu pareja, quien debería tomar decisiones sobre eso

P: nosotros

T: y en el caso de tus papas, quien crees que debería hacerlo

P: ellos, rie, es que me da mucha rabia

7.6 Sesión 6

- **Objetivo:** estabilización del estado de ánimo, disminuir respuestas de ansiedad.

Durante esta sesión, se realiza la estabilización del estado de ánimo de la paciente, con la finalidad de Identificar y reconocer las emociones y disminuir respuestas ansiosas, además de lograr la Identificación de la relación entre pensamiento, emociones y conducta, utilizando técnicas como Restructuración cognitiva, técnicas en imaginación, y dialogo socrático, a lo cual se observa a la paciente, con actitud de desinterés ante las actividades propuestas, sin embargo, se logra su participación.

T: ¿recuerdas, que comentabas acerca de tu malestar cuando tu novio no te respondió las llamadas? ¿Cómo te sentiste?

P: no sé, desgano

T: que pasaba por tu mente en ese momento

P: que ya no quería estar conmigo

T: que sentías mientras pensabas eso

P: me sentí un poco angustiada

T: que te parece, si imaginamos la escena, dijiste que estabas acostada en la cama intentando comunicarte

P: y pensé y si ya se aburrió de mi

T: que sucedió

P: me metí a instagram y me puse a ver fotos y llore

T: ¿qué pasa por tu mente en ese momento?

P: y si no hay nadie que quiera estar conmigo

T: ¿Cómo te hace sentir ese pensamiento?

P: triste

7.7 Sesión 7

- **Objetivo:** estabilización del estado de ánimo y disminución de respuestas ansiosas

Durante esta sesión, se continúa con la estabilización del estado de ánimo de la paciente, con la finalidad de Identificar y reconocer las emociones y disminuir respuestas ansiosas, además de lograr la Identificación de la relación entre pensamiento, emociones y conducta, a lo cual la paciente se muestra receptiva y participante, se continua con la ejecución de técnicas como reestructuración cognitiva, dialogo socrático, búsqueda de evidencias y técnicas en imaginación. Cabe resaltar, que durante esta sesión, la paciente se observa bajo una alta carga emocional debido a la naturaleza de las técnicas propuestas.

7.8 Sesión 8

- **Objetivos:** estabilización del estado de ánimo y disminución de respuestas ansiosas

Durante esta sesión, se continúa con la estabilización del estado de ánimo de la paciente, con la finalidad de Identificar y reconocer las emociones y disminuir respuestas ansiosas, además de lograr la Identificación de la relación entre pensamiento, emociones y conducta, a lo cual la paciente se muestra receptiva y participante, se continua con la ejecución de técnicas como reestructuración cognitiva, dialogo socrático, búsqueda de evidencias y técnicas en imaginación.

Por otra parte, se propone la realización de la técnica de la silla vacía, a la cual la paciente se muestra resistente y decide no participar, durante esta sesión , se observa bajo carga emocional alta, sin embargo al final de la sesión, manifiesta sentirse “más tranquila y sin un peso de encima”.

7.9 Sesión 9

Objetivo: estabilización del estado de ánimo y disminución de respuestas ansiosas

Durante esta sesión, de acuerdo a iniciativa propia de la paciente, se realiza la técnica de la silla vacía, la cual permite realizar movilizaciones afectivas, en cuanto a las dificultades de relaciones familiares que tiene la paciente, además se realiza el chequeo de la tarea asignada para casa y su posterior discusión, al finalizar la sesión, la paciente reporta “ me siento como si me quitara un peso de encima, como descansada en paz”, lo cual permite evidenciar la progresiva mejoría en cuanto a sus síntomas emocionales.

Por último se asigna tarea para casa, con el fin de abordar autoestima y auto concepto en la siguiente sesión.

7.10 Sesión 10-13

- **Objetivo:** identificación y modificación de pensamientos automáticos y creencias centrales

Durante estas sesiones 10-13 se realiza intervención y abordaje en cuanto a la identificación y modificación de pensamientos automáticos y creencias centrales, debido a que el abordaje de este objetivo se presentó progresivamente durante las primeras sesiones a la paciente, y debido a sus capacidades excepcionales, se facilita la intervención frente a este, sin embargo se refuerzan los avances logrados en cuanto a la modificación de pensamientos y se asignan tareas en casa con el fin de mantenimiento de esta conducta. A su vez, Se realiza la revisión y posterior discusión de las tareas asignadas en sesiones anteriores.

Así, se logra vincular a la paciente al proceso de modificación de pensamientos, lo cual permite, que se interiorice la comprensión y comprobación de la relación pensamiento, emoción y conducta, ya que se han observado diversas manifestaciones referidas por la paciente, en cuanto a la disminución gradual de síntomas emocionales y conductas “producto del cambio de mis pensamientos”.

7.11 Sesión 14-16

- **Objetivo:** abordar aspectos de autoestima y autoconcepto

Durante estas sesiones, 14-16, se realiza abordaje en cuanto autoestima y autoconcepto, utilizando técnicas como el entrenamiento en auto diálogo, reestructuración cognitiva, búsqueda de evidencias, experimentos conductuales, dialogo socrático; cabe resaltar que al inicio de estas sesiones, la paciente, se muestra renuente al abordaje de la temática, sin embargo logra realizar con

éxito las tareas asignadas. Así mismo se asignan tareas para casa, los cuales consisten en autoregistros, experimentos conductuales, y lecturas guiadas.

7. 12 Sesión 17-19

Objetivo: entrenamiento en habilidades sociales

Durante estas sesiones, 17-19, se realiza entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de afianzar las relaciones familiares e interpersonales de la paciente, utilizando técnicas como, entrenamiento en asertividad, 10 formas de decir no, entre otras; las cuales permitieron establecer y modificar vínculos en sus relaciones interpersonales, ante estas sesiones, la paciente, se muestra receptiva, atenta, y colaboradora ante las técnicas presentadas.

8. Marco conceptual de referencia

La distimia se define según DSM-V (APA, 2013) por un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de los mismos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios.

Los datos de prevalencia vital media existentes para dicho trastorno, indican una frecuencia de alrededor del 3 por 100 y una tasa doble en las mujeres respecto de los hombres, 4,6 por 100 versus 2,6 por 100 en el estudio ESEMeD (Haro et al., 2006). A este respecto, el dato se ve apoyado por la revisión sistemática de datos epidemiológicos a nivel mundial de Charlson, Ferrari, Flaxman & Whiteford, (2013), donde la tasa de prevalencia es mayor en mujeres respecto a los hombres.

Tres son los tratamientos psicológicos que tienen mostrada mayor eficacia en los trastornos afectivos: la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. De todos ellos se puede decir que son tratamientos bien establecidos. Todos ellos consisten en un programa estructurado del orden de 12-16 sesiones, con algunas adicionales, y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Igualmente, todos son susceptibles de aplicación grupal, así como para el mantenimiento de los resultados terapéuticos obtenidos (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

Los resultados de estos protocolos de intervención han mostrado ser, como mínimo, igual de eficaces que la medicación antidepresiva, lo que está directamente más demostrado en la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal. Dicha eficacia de los tratamientos psicológicos se ha mostrado tanto en el tratamiento agudo, como en el mantenimiento de resultados (previniendo

recidivas), e igualmente eficaces para las depresiones más graves (unipolares), incluyendo la depresión mayor recidivante, la distímica, la atípica y la depresión con ansiedad (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

Algunas meta-análisis han mostrado como la Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, son más eficaces que la medicación en pacientes con depresión media o moderada (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998).

8.1 Conceptualización según Dsm v

Según el Dsm V, En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distimico del DSM-IV. 7

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco. y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado de! espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicòtico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar Clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas de! trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirá los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante ej. Episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está

justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo
- Con inicio en el peri parto

Especificar si:

- En remisión parcial
- En remisión total

Especificar si:

- Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.
- Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

- Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

- Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.
- Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

- Leve
- Moderado
- Grave

8.2 vulnerabilidad psicológica

El concepto de vulnerabilidad psicológica se ha mostrado como un constructo útil para referirse a “características internas, latentes y estables de una persona que pueden llevar a la cronificación y/o agudización de síntomas depresivos, aumentando así la probabilidad de un trastorno psicopatológico bajo la ocurrencia de sucesos vitales estresantes -adversidad en un dominio central para el sentido de autovalía en el caso de la depresión-” (Ingram, Miranda y Segal, citado en Hernán Gómez, L. 2012).

Según, Gomez,(2012), existe, un factor relevante en la definición de vulnerabilidad, y se refiere, a la inclusión de cualquier situación, que favorezca la posibilidad de desarrollar un

trastorno depresivo, evitando concepciones reduccionistas de la vulnerabilidad que la identifican con factores de inicio de trastorno y excluyen o minusvaloran aquellos que contribuyen a su mantenimiento o exacerbación.

Por un lado, si se considera que la depresión puede iniciarse como un estado de ánimo triste “normal” que se convierte en disfuncional por su mantenimiento y/o intensificación a lo largo del tiempo. Joormann y Gotlib, (2010).

Los modelos de vulnerabilidad más utilizados para explicar la instauración de la depresión han sido los llamados de diátesis-estrés. Estos modelos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad psicológica (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo, y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición y/o mantenimiento del trastorno. De esta manera, según estos modelos ante las mismas situaciones negativas tendrían mayor probabilidad de deprimirse aquellas personas que presenten una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad (Vázquez, Hervás, Hernan gómez & Romero, 2010).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis-estrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de

riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984, citado en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

8.3 Vulnerabilidad cognitiva

Tres orientaciones teóricas las cuales, explican los orígenes de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión: los modelos de los esquemas cognitivos, el modelo de la desesperanza y la teoría del apego.

- **8.3.1 Esquemas cognitivos:**

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997 citado en Vázquez et al., 2000).

De acuerdo a estos esquemas, es como la persona organizará sus experiencias, estos esquemas pueden permanecer inactivos durante un largo período, solo activándose ante situaciones estresantes. Estos esquemas activados determinan la forma de interpretar y responder de una persona ante una situación específica (Beck, et al., 1983).

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967).

Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva Beck, (1967).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, *a causa* de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. Beck, (1967).

El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. Beck, (1967).

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. Beck,(1967).

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente *piensa* erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es *real*. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Beck, (1967).

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Beck, (1967).

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Beck, (1967).

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. Beck, (1967).

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, éste se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a

ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato. Beck, (1967).

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, Beck, (1967).

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta)
2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo)
3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta)
4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta)
5. Personalización (relativo a la respuesta)
6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta)

Manrique (2003) expresa que el modelo reformulado de Beck ha hecho cambios de su teoría cognitiva para su aplicación a trastornos de personalidad.

La personalidad es definida como la configuración de patrones específicos de procesos sociales, motivacionales y cognitivo-afectivos, donde se incluyen conductas, procesos de pensamiento, respuestas emocionales y necesidades motivacionales. Desde la perspectiva de este modelo, la personalidad es determinada por esquemas que constituyen elementos de la personalidad.

Beck (1996) presenta el concepto de modo, que significa una red integrada de componentes cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales. Un modo puede incluir muchos esquemas cognitivos y generar en las personas reacciones psicológicas. Así como los

esquemas, los modos son automáticos y requieren de una activación. Las personas con vulnerabilidad cognitiva expuestas a estresores, pueden desarrollar síntomas relacionados con el modo. Los modos consisten de esquemas, que contienen memorias, estrategias de solución de problemas, imágenes y lenguaje. La activación de un modo específico se deriva a partir de la estructura genética de un individuo y de las creencias culturales y sociales.

Goldfried (2003) plantea que los esquemas juegan un papel importante en el procesamiento de la información, los esquemas ayudan a que las personas interactúen con los otros y el mundo. Para lograr que las cosas tengan sentido para la persona, los esquemas llevan a atender selectivamente cierta información e ignorar otras.

“los esquemas que se desarrollan más tempranamente y tienen mayor impacto se originan típicamente en la familia nuclear. Otras influencias se vuelven cada vez más importantes a medida que el niño va madurando, como compañeros, escuela, grupos de la comunidad y cultura circundante, y pueden llevar también al desarrollo de esquemas. Sin embargo, los esquemas que se desarrollan más posteriormente no son tan extendidos o tan poderosos” (Rodríguez, 2009. P. 62).

Rodríguez Vílchez, extrae, los 18 esquemas desadaptativos tempranos identificados por Young, los cuales hacen referencia a las necesidades de los niños, relacionadas con el funcionamiento, agrupadas en cinco dimensiones

- **Dimensión: desconexión y rechazo**

- Abandono/inestabilidad, se refiere a la creencia de que los demás no pueden darnos un apoyo fiable y estable.

- Desconfianza/abuso, el individuo espera que los demás lo hieran o se aprovechen de él
- Privación emocional, refleja la creencia en que no lograremos nuestras necesidades de apoyo emocional, sobre todo, en relación a la alimentación, la empatía y la protección.
- Imperfección/ vergüenza, recoge la visión de sí mismo como antipático e indeseable socialmente.
- Aislamiento social, describe la creencia en que uno no es parte del grupo o la comunidad, que uno está solo y que es diferente de los demás.
- **Dimensión: perjuicio en autonomía y desempeño**
 - Dependencia/incompetencia supone la creencia en que el individuo es incompetente y está desamparado y por tanto, necesita la asistencia de los demás para funcionar.
 - Vulnerabilidad al daño o la enfermedad hace que los pacientes esperen tener experiencias negativas que no controlan, tales como crisis médicas, emocionales o naturales.
 - Enmarañamiento, se encuentra en individuos que se relacionan demasiado con personas significativas, a costa de su propio desarrollo, es decir, en aquellas personas que no consiguen desarrollar una identidad individual segura, al margen de los demás.
 - Fracaso, refleja la visión de que el individuo ha fracasado en el pasado y continuará haciéndolo, debido a una ausencia inherente de inteligencia, talento u otras habilidades.
- **Dimensión: Límites inadecuados**
 - Grandiosidad a la creencia de que el individuo es superior a los demás, pudiendo llegar a ser extremadamente competitivo o dominante.

- Autocontrol insuficiente/autodisciplina se encuentra en individuos que no demuestran un autocontrol adecuado. Pueden ser impulsivos, tener dificultad con la autodisciplina y tener problemas para controlar sus emociones.

- **Dimensión: tendencia hacia el otro**

- Subyugación, supone abandonar el control a causa de sentimientos externos de coerción. Estos individuos esperan que los demás sean agresivos, revanchistas, o los abandonen si expresan sus necesidades o sentimientos, por lo que las suprimen.

- Auto sacrificio aparece en individuos que descuidan sus propias necesidades de manera que pueden ahorrar el dolor a los demás.

- Búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento aparece en individuos que quieren ganar la aceptación de los demás, a costa del desarrollo de su propia identidad.

- **Dimensión: sobrevigilancia e inhibición**

- Negatividad/pesimismo refleja la atención sobre los aspectos negativos de la vida, así como la expectativa de que nada irá bien. Estos individuos se caracterizan por un pesimismo omnipresente, tristeza y preocupación.

- Control excesivo/inhibición, emocional se encuentra en individuos que evitan la espontaneidad para mantener la sensación de que prevén y controlan sus vidas o para evitar la vergüenza.

- Norma Inalcanzables, recoge la creencia en que uno debería cumplir con reglas rigurosas de actuación, autoimpuestas, normalmente para evitar la crítica.

- Condena, recoge la visión de que los individuos deberían ser fuertemente castigados por sus errores. Estos individuos no toleran sus propios errores ni los de los demás (Rodríguez, 2009. P. 63-64).

“Las situaciones desagradables de la vida –incluso las extremadamente adversas– no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva” (Beck et al., 1979, p. 23-24. Citado por Martín, 2011).

Entre sentirse triste, desanimado, afligido, apenado, etc. y padecer una depresión existe una diferencia cualitativa. Según se desprende de los textos citados, para Beck esta diferencia viene determinada por la predisposición individual, es decir, por el desarrollo de esquemas desadaptativos ante experiencias tempranas de carácter traumático. Autores vinculados al denominado psicoanálisis cognitivo (Arieti, 1980; Bowlby, 1985. Citado por: Martín, 2011) han hecho referencia a esta predisposición, así como a la importancia de las experiencias tempranas en el futuro desarrollo de la personalidad (Martín, 2011).

• 8.3.2 Teoría del apego

Según Ingram, citado en Manrique (2003) la teoría del apego no era incluida dentro de los modelos de procesos cognitivos que explicaban la vulnerabilidad a la depresión. En la teoría del apego, se plantean aquellos factores que son la base para el desarrollo de vínculos significativos, los cuales guiarán las relaciones con los demás a lo largo de la vida.

De acuerdo a Ainsworth y Bowlby, citado en Manrique (2003), las personas y animales poseen instintos de apego, con los cuales buscan crear vínculos estables con su principal figura afectiva. Bowlby (1973) propone que los seres humanos tienen una tendencia a equilibrar entre

la preservación de lo conocido y la búsqueda de novedades. Se ha señalado que los patrones de apego, persisten en la adultez y puede afectar las relaciones interpersonales, Bowlby ha expresado esto diciendo que el apego es un proceso que se expande desde “la cuna hasta la tumba”.

La calidad de la relación con las principales figuras afectivas (padres o cuidadores) es fundamental en los patrones de apego de una persona, por lo que entre más fuertes y estables sean las interacciones con los padres o cuidadores, así será el vínculo afectivo creado, lo cual determinará la calidad de las relaciones con otras personas a lo largo de la vida. Por otro lado, la interrupción en la calidad del vínculo con las personas significativas ocasiona vínculos inseguros, por ello, los patrones disfuncionales de apego en la infancia están relacionados con una vulnerabilidad a la depresión (Manrique, 2003). En el caso clínico presentado, la paciente tuvo la pérdida de sus padres antes de los 10 años de edad, siendo criada por su madrina posteriormente con la cual la calidad de sus interacciones no eran las esperadas, aunado al cuidado que debía tener a ésta por su avanzada edad.

La vulnerabilidad a la depresión que tiene relación con los patrones de apego disfuncionales tiene mucho que hacer con los procesos cognitivos. La teoría del apego ha subrayado la idea de los modelos de trabajo interno, que son similares a los modelos de los esquemas. Se sugiere que estos modelos de trabajo interno reflejan las representaciones cognitivas de las relaciones que han sido generalizadas a través de las interacciones con figuras importantes en la temprana infancia del individuo. Una vez desarrollados, los modelos de trabajo influyen en los pensamientos y creencias acerca de las relaciones con otros importantes. En cuanto al apego inseguro, el funcionamiento y organización de los modelos de trabajo conllevan a percepciones erróneas sobre las relaciones interpersonales y por ello, aumenta el riesgo de

tener relaciones disfuncionales con otros. Teniendo en cuenta la importancia de las relaciones interpersonales, las cuales se convierten en factores protectores para el estrés, las relaciones disfuncionales causadas por un procesamiento cognitivo maladaptativo se convierten en factores de vulnerabilidad para la depresión (Bowlby citado en Manrique, 2003).

- **8.3.3 Teoría de la desesperanza**

Esta teoría plantea la existencia del estilo atribucional, esto es, atribuir a sí mismo, inferir negativamente sobre las causas, consecuencias sobre sucesos vitales negativos, por lo que aquellas personas que poseen estos estilos, tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandín, 1997).

El estilo atribucional está compuesto por tres dimensiones, que en conjunto o separadas se activan cuando la persona se encuentra atravesando un evento negativo o positivo, tratando de dar explicación a dicho evento, estas son: estables-inestables, globales-específicas, internas-externas (Manrique, 2003).

Abramson et al., (1997) plantean que la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos:

1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) por ejemplo, “siempre me pasa esto” y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) “toda mi vida es un fracaso” causan los sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos.

Por tanto, la vulnerabilidad cognitiva es un tipo de predisposición a la depresión, la cual incrementa su probabilidad de presentar síntomas depresivos, pero se necesitan otras variables para que se desarrollen estos síntomas depresivos. (Abramson et al., 1997).

8.4 Desarrollo y curso del trastorno

El trastorno depresivo persistente tiene a menudo un inicio temprano e insidioso (p. ej., en la infancia, la adolescencia o la juventud) y se considera La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (véase Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimentan dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995 citado en Vázquez et al., 2000).

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas

proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Beck, (1967).

Por ejemplo, la ruptura matrimonial puede activar el concepto de pérdida irreversible asociado con la muerte de uno de los padres acaecida durante la infancia del individuo. En otro orden de cosas, la depresión puede ser desencadenada por una anormalidad o una enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que está destinada a una vida de sufrimiento. Las situaciones desagradables de la vida –incluso las extremadamente adversas– no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona esté especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva. Beck, (1967).

En respuesta a situaciones traumatizantes, la persona media aún mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de todos los aspectos de su vida. Beck, (1967).

Existe una considerable evidencia empírica a favor del modelo cognitivo de la depresión. Recientemente (Beck y Rush, 1978) han sido revisados los datos obtenidos en observaciones clínicas y estudios experimentales. Estos trabajos apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la “tríada cognitiva” en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas. Beck, (1967).

Por definición, tiene un curso crónico. Entre los individuos con trastornos depresivos persistentes y trastorno límite de la personalidad, la covarianza de los correspondientes rasgos a lo largo del tiempo sugiere la existencia de un mecanismo común. El comienzo temprano (p. ej., antes de los 21 años) se asocia a una mayor probabilidad de trastornos comórbidos de la personalidad y de abuso de sustancias.

Cuando los síntomas alcanzan el nivel de un episodio depresivo mayor, es probable que descendan posteriormente a un nivel inferior. Sin embargo, los síntomas depresivos remiten menos probablemente en un determinado período de tiempo, en el contexto de un trastorno depresivo recurrente que en el de un episodio depresivo mayor.

8.5 Factores de riesgo y pronóstico según DSM V

Temperamentales: Los factores que predicen un peor pronóstico a largo plazo son los mayores niveles de neuroticismo (afectividad negativa), la mayor gravedad de los síntomas, un peor funcionamiento global y la presencia de trastornos de ansiedad o de conducta.

Ambientales: Los factores de riesgo en la infancia son la pérdida de los padres y su separación.

Genéticos y fisiológicos: No hay diferencias claras entre el desarrollo, el curso y la historia familiar de la enfermedad del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor crónico del DSM-IV. Es probable que los hallazgos anteriores concernientes a cualquiera de esos diagnósticos sean aplicables al trastorno depresivo persistente. Es, por tanto, probable que los pacientes con trastorno depresivo persistente tengan una mayor proporción de familiares de primer

grado con dicho trastorno que los pacientes con trastorno depresivo mayor, y que tengan más trastornos depresivos en general.

Se han implicado varias regiones cerebrales (p. ej., el *córtex* pre frontal, el cíngulo anterior, la amígdala, el hipocampo) en los trastornos depresivos persistentes. Además, es posible que existan también alteraciones polisomnográficas.

8.6 Tratamiento

El manejo terapéutico de la distimia es similar al tratamiento del trastorno depresivo mayor. De manera óptima, el tratamiento involucra una combinación de tratamiento con medicamentos antidepresivos y con psicoterapia. Griffiths J, (2000). Cuando se comparan ambas modalidades, la psicoterapia resultó menos efectiva que la farmacoterapia. Moch S, (2011).

Se ha observado repetidamente que esta es superior al placebo. Akiskal H, (2001). Pero cuando se combinan ambas, el tratamiento resulta más eficaz que cuando se administran solo antidepresivos. Klein D, K, (1996).

La mayoría de las clases de antidepresivos se han mostrado efectivos para tratar la distimia en diversos estudios. Akiskal H, (2001). Especialmente los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), pero los ISRS se toleran mejor y, por lo tanto, son los medicamentos de primera elección. Moch S, (2011).

Sin embargo, se debe considerar factores adicionales al elegir el tipo de antidepresivo, como la historia de respuesta que el paciente o algún familiar de primer grado hayan tenido, la

facilidad de adherencia al esquema de las dosis, el costo del medicamento y la posibilidad de que interactúe con otros. Moch S, (2011).

Además de los antidepresivos, las alternativas de tratamiento a partir de hormonas han mostrado influencia en los síntomas distímicos. Específicamente se observó que la administración de dehidroepiandrosterona aliviaba los síntomas de anhedonia, falta de motivación y energía, preocupación, incapacidad para hacer frente a las dificultades, entumecimiento emocional y tristeza. Griffiths J, (2000) y estos efectos se obtienen después de sólo 3 semanas de tratamiento. Westermeyer J, (1998).

Sin embargo, esta sustitución se ha estudiado poco, y básicamente en reportes experimentales. A pesar de contar con una adecuada selección farmacológica, desafortunadamente, los antidepresivos mejoran la distimia sólo en un 50-70% de los pacientes. Se han estudiado casos en que la distimia es resistente a los antidepresivos, por lo que se ha tenido que agregar litio o tiroxina. Moch S, (2001). Pues se ha probado que esta potencia los efectos de una variedad de antidepresivos, lo que confirma que, en el caso de esta enfermedad, son muchos los mecanismos neuroquímicos implicados, dada la respuesta favorable ante la combinación de la terapia, aun a pesar de la gravedad de los efectos adversos. Griffiths J, (2000).

Con todo, la interrupción del tratamiento con antidepresivos se ha asociado con un 89% de recaídas en un estudio de seguimiento a 4 años. Griffiths J, (2000). Puesto que la distimia afecta al funcionamiento emocional de los pacientes, se ha recurrido a la psicoterapia como una forma paralela al tratamiento, y particularmente, entre las modalidades de psicoterapia que se han probado

eficaces en su manejo, se encuentran las terapias cognitiva, conductual, cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica y de apoyo. Moch S, (2011).

8.7 Modalidades de intervención

En general, el estudio de distintas modalidades de intervención psicoterapéutica indica que esta facilita la mejoría de síntomas como la anhedonia, la incapacidad para experimentar o percibir eventos positivos y desesperanza, entre otros, además de ayudar a aprender estrategias de afrontamiento adecuadas. Moch S, (2011). Sin embargo, uno de los inconvenientes de la adherencia a la psicoterapia suele ser el tiempo que se requiere para que produzca resultados, ya que se ha señalado que son necesarias al menos 18 sesiones para lograr un efecto óptimo, lo cual implica varios meses. Griffiths J, (2000). Por lo que es posible que, al desistir después de un número insuficiente de sesiones, persistan los síntomas.

A pesar de que se ha comprobado la efectividad de combinar antidepresivos y psicoterapia, algunos estudios muestran que pacientes con y sin historia de adversidad en la infancia responden de manera distinta al tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico. De hecho, Nemeroff et al; demostraron un volumen reducido del hipocampo en pacientes con depresión mayor, debido en gran medida a su asociación con un trauma previo (p. ej., pérdida de los padres a edad temprana, abuso físico o sexual, etc.). Nemeroff C, (2003). Obviamente, estos hallazgos también tienen implicaciones significativas para la investigación de la etiología y el tratamiento de la distimia, por lo que es necesario contar con más estudios al respecto.

Este cuadro patológico entra en el dominio de esquemas mentales tempranos, como construcciones de ideas y conceptos que desde la infancia la persona elabora sobre sí mismo, sobre quienes lo rodean y el mundo, con base en las experiencias vividas en su interacción con ellos; contando con la probabilidad de que dichas experiencias sean benéficas o traumáticas como el caso de un abuso sexual, en este caso se hablaría entonces de esquemas mentales mal adaptativos. En general, las estructuras cognitivas estables y referentes a creencias sobre sí mismo y sobre los demás, las cuales tienen una representación significativa en los estilos de personalidad, han sido referidos en los últimos años como modos cognitivos. De esta manera, los modos cognitivos están compuestos por diferentes esquemas que influyen en el procesamiento de la información y podrían estar en la base de muchos trastornos que, partiendo de edades tempranas afectan la vida adulta (Londoño, 2009).

8.8 La terapia cognitiva

Por otra parte, cabe resaltar la importancia de las bases teóricas de la terapia cognitiva; Judith S Beck y la teoría cognitiva planteada por su padre Aron T Beck, organiza 10 principios básicos de la terapia cognitiva comentando cada uno de estos principios a partir de la experiencia

- “La terapia cognitiva se fundamente en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos”
- “La terapia cognitiva requiere de una alianza terapéutica”
- “La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa”
- “La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados”
- “La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente”

- “La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y hace énfasis en la prevención de las recaídas”
- “La terapia cognitiva tiende a ser limitada con el tiempo”
- “Las secciones en la terapia cognitivas son estructuradas”
- “La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y así actuar en concordancia”
- “La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta”

una variable más integral está dada por la Terapia cognitivo-conductual, que aparece como una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor al paciente. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora (Philip, 2007).

En su libro: “Cognitive Therapy and the emotional disorders”, (1976). Beck considera que una persona que enferma de algún “desorden emocional”, “neurosis”, “trastorno psicológico” o “enfermedad psiquiátrica” tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas o inapropiadas a causa de una vulnerabilidad o deficiencia unida a estrés acumulado. Bajo tales condiciones pueden instalarse valoraciones irreales sobre sí mismo y el mundo que anulan o sobrepasan las valoraciones realistas previas. Cuando esto ocurre y dependiendo de los pensamientos irracionales

que cada paciente desarrolle con base en cuestiones clave de su vida, éste desarrollará depresión, estado ansioso, o estado paranoide. Es por lo anterior que desde esta teoría se considera al trastorno en el pensamiento conformado por una fijación obligada en la atención ante ciertos estímulos, una constricción de la conciencia, una abstracción selectiva, y una distorsión, el denominador común no solo en la neurosis de ansiedad aguda, sino también en otras neurosis agudas, tales como la depresión, la hipomanía y el estado paranoide. Solo que estos estados difieren en el tipo de emoción experimentada: tristeza, euforia e ira. Las diferencias en la emoción pueden explicarse por las diferencias en los significados desviados y los contenidos del pensamiento.

La terapia cognitiva probablemente refleja una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta desde hace varios años, pero que sólo recientemente ha surgido como una tendencia a tener en cuenta (Beck, 1983).

Los resultados iniciales de sus estudios empíricos parecían apoyar su fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, la hostilidad vuelta hacia si mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias lo llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis. Beck, (1976).

Los datos contradictorios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tienen necesidad alguna de sufrimiento. Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, a favor de otras respuestas que eliciten aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo. Es aquí donde surge para Beck la necesidad de un “reajuste de emergencia” en su sistema de creencias. Beck, (1976).

“Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para intentar dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica” (Beck, 1983 p.8).

Con este propósito, elaboró varias técnicas para corregir las distorsiones y ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de la información de los pacientes. Dichas técnicas estarían basadas en la aplicación de la lógica y de las reglas de la evidencia.

“Algunos estudios adicionales incrementaron nuestro conocimiento sobre cómo evalúa el paciente depresivo su ejecución y cómo hace predicciones acerca de su ejecución futura. Estos experimentos mostraron que bajo determinadas condiciones, una serie de éxitos graduales que llevasen a la consecución de un objetivo claro podría tener un considerable efecto para modificar el auto concepto y las expectativas de carácter negativo, mitigando así la sintomatología depresiva” (Beck, 1983 p.9).

Este tipo de terapia es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la conducta de una persona están determinados en gran medida por el modo que ésta tiene de estructurar el mundo en su mente (Beck, 1967, citado por Beck, 1983).

Las técnicas terapéuticas utilizadas en este tipo de tratamiento van encaminadas a identificar y modificar los pensamientos distorsionados y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones, cuya finalidad es, enseñar las siguientes operaciones al paciente deprimido:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos

- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- Examinar la evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar las experiencias.

El paciente recibe, al principio, una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva, a continuación aprende a reconocer, registrar y controlar sus pensamientos negativos en una cédula de registro especial llamada “Registro Diario de Pensamientos Distorsionados” (Beck, 1983). Mediante este registro se obtienen los “síntomas objetivo” sobre los cuales trabajarán paciente y terapeuta basándose en la identificación de las cogniciones subyacentes a dichos síntomas, sometiéndose éstos posteriormente a una investigación lógica y empírica. Beck, (1983).

Las estrategias conductuales, por naturaleza más activas, son también muy importantes y muy utilizadas en esta modalidad de terapia, ya que al principio del tratamiento, o con pacientes gravemente deprimidos se usan con éxito para que éstos generen cogniciones asociadas a conductas específicas y sometan a prueba los supuestos y cogniciones desadaptativos que les mantienen en un estado de apatía e inacción. Algunas de estas técnicas son: el Cuestionario de Actividades Semanales (Beck, 1983) en el que el paciente tiene que registrar sus actividades cada hora. Un Cuestionario de Dominio y Agrado (Beck, 1983) en el que el paciente evalúa su desempeño y actitud hacia las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales en la que el paciente comienza a romper el círculo vicioso de la depresión-inactividad-depresión y emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que consideraba más difícil, o incluso imposible. Beck, (1983).

Rush, (1978). Apoyan la presencia e interrelación de los componentes de la “tríada cognitiva” en la depresión. Algunos estudios apoyan la existencia de ciertos déficits cognitivos específicos (por ejemplo, deterioro del razonamiento abstracto y de la atención selectiva) en las personas depresivas o suicidas.

Beck (1983), plantea una estructura formal de la intervención bajo los lineamientos de la terapia cognitiva, la cual consiste en una serie de pasos que parten desde la obtención de los datos del paciente y de la situación problemática, hasta la preparación del paciente hacia la terapia cognitiva; partiendo de la necesidad de que el paciente deba conocer acerca de la naturaleza y el fundamento teórico del modelo de intervención.

Esta estructura a su vez genera el concepto de sesiones que vienen a conformar la dinámica de la terapia como tal. La intervención, generalmente consta de 15 a 20 sesiones, realizadas una vez por semana, y en casos más graves se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 4 o 5 semanas; y posteriormente se van disminuyendo hasta comprender un plazo de 10 a 15 semanas con una sesión semanal. Al finalizar el tratamiento, se recomienda realizar 4 o 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido durante la terapia y evitar recaídas (Beck, 1983).

De esta forma, una secuencia generalmente aceptada y planteada por Beck, propone la siguiente estructura de las sesiones:

Revisar las tareas para casa y analizar cualquier problema que surgiese en su realización, así como las razones por las que se propusieron

Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos

Al final de la sesión, se proponen nuevas tareas para casa

De esta manera, conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose más activo. Aquí entra la dinámica de fases de la terapia cognitiva:

1º Establecer la relación terapéutica: Actitudes deseables del terapeuta: Inspirarle confianza.

2º Comprender sus quejas y transformarlas en síntomas-objetivo: escucharle empáticamente para comprender su “paradigma personal”, su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, ya que solo así se sentirá comprendido y motivado para decidirse a ponerlo a prueba.

3º Explicarle el modelo cognitivo de la depresión: En base a la información que da el paciente, se le explican los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva, para ello describimos la relación entre pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente.

4º Demostrarle cómo influyen las cogniciones en las emociones: Se utilizan para cambiar cogniciones. Sirven entre otras cosas para: - Probar la validez de las ideas (hipótesis) del paciente acerca de sí mismo.

5º Las técnicas conductuales: Tras explicarle el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática: preguntando, reflejando su visión de sí mismo y del mundo, etc.

6° Las técnicas cognitivas: sirven para probar la validez de las ideas del paciente acerca de sí mismo (Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. 1993).

- Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

8. 9 Predisposición y desencadenamiento de la depresión

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Beck, (1967).

La etiología del trastorno distímico es compleja y multifactorial; involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, Moch S, (2011); Aunque aún no se ha llegado a un consenso o conclusión definitiva al respecto. Actualmente hay varias hipótesis que tratan de explicar las causas subyacentes de este trastorno, entre ellas la genética. Se ha propuesto que la transmisión genética de la vulnerabilidad a la depresión se debe a un modo poligénico de herencia, que también involucra factores ambientales. Hasta ahora se han identificado algunos marcadores genéticos potenciales para los trastornos del ánimo en ciertos cromosomas, pero no se ha logrado distinguir algún patrón específico o certero para la distimia. Guadarrama L, (2006).

Por su parte, la hipótesis aminérgica sostiene que los trastornos depresivos son causados por una deficiencia de serotonina, noradrenalina y/o dopamina en el sistema nervioso central o en la neurotransmisión de alguno de ellos. Vallejo-Ruiloba J, (2005)

También se ha señalado que las experiencias estresantes inician una serie de cambios neuroquímicos que pueden incrementar la vulnerabilidad a la enfermedad depresiva. Griffiths J, (2000).

Específicamente, la experiencia de eventos adversos en la infancia parece asociarse con el curso y el pronóstico del trastorno distímico, aunque la información al respecto aún es escasa¹⁶; no obstante, se considera que tres grandes sistemas en el cerebro tienen relación o se afectan: a) el eje hipotálamo-pituitario-adrenal y el sistema del factor liberador de corticotropina (CRF); b) el hipocampo, y c) el sistema noradrenérgico. Guadarrama L, (2006).

Todos estos cambios hacen más sensibles los circuitos de CRF ante la presencia de estrés leve en la edad adulta, lo que a su vez genera una respuesta exagerada al estrés. De manera que ante una exposición persistente al estrés en la edad adulta, estas vías del estrés ya sensibles se vuelven hiperactivas, lo que determina un incremento persistente en el CRF y la secreción de cortisol, que causa alteraciones en los receptores glucocorticoideos y, en consecuencia, trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, se reconoce que este modelo explicativo tiene limitaciones, pues no todos los pacientes deprimidos reportan eventos traumáticos en la infancia y no todos muestran predisposición genética, lo que hace difícil su valoración. Rot M, (2009),

Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con depresión también presentan anormalidades volumétricas en el hipocampo, la amígdala, el estriado ventral y regiones corticales como la corteza cingulada anterior, la corteza orbitofrontal y la corteza prefrontal. Varios estudios de neuroimagen indican que la depresión puede estar caracterizada por múltiples anormalidades en la interconectividad cerebral entre estructuras subcorticales (particularmente límbicas) y estructuras corticales. Caspi A, (2003).

Numerosos estudios en sujetos con lesiones cerebrales mediante técnicas de neuroimagen indican que pacientes con trastornos del estado de ánimo presentan asimetrías interhemisféricas en la actividad cerebral, particularmente la corteza prefrontal dorsolateral (CPD). Davidson R, (1999).

Se considera que el daño en esta área incrementa la probabilidad de síntomas depresivos. Además, se han reportado alteraciones en la activación de la corteza prefrontal (CP) relacionadas con el procesamiento emocional en sujetos con trastorno depresivo mayor. Estos estudios han llevado a formular la hipótesis de la asimetría prefrontal, que postula una relativa hipoactividad en la corteza prefrontal dorsolateral izquierda (CPDI) y una hiperactividad en el área homóloga derecha en relación con cambios en el metabolismo y el flujo sanguíneo, lo cual se relaciona entonces con modificaciones del estado de ánimo. Mineka S, (1998).

En su mayoría, los estudios mencionados se realizaron en sujetos con trastorno depresivo mayor. En la que, usando técnicas de resonancia magnética funcional (RM f), compararon los desempeños de un grupo de sujetos con distimia (de inicio tanto temprano como tardío) y un grupo control en una tarea de inducción de emociones a través de la presentación de imágenes; se encontró que los pacientes distímicos tenían una activación significativamente reducida en la CPD; también mostraron incremento en la activación de la amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula en comparación con los controles, diferencias que eran más evidentes cuando se procesaban imágenes de emociones negativas. Estos resultados indican que la corteza prefrontal, el cíngulo anterior, la amígdala y la ínsula están involucrados en el circuito que subyace a la distimia. El estudio concluyó que la activación alterada de alguna de estas regiones neurales puede ser un sustrato común para los trastornos depresivos en general, mientras que otras están relacionadas específicamente con el curso crónico y los síntomas característicos de la distimia. Sin embargo, hacen falta más estudios de este tipo para confirmar tales hallazgos. Grimm S, (2007).

8.10 Modelo de interacción recíproca

Bandura (1977), la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones, a su vez, influyen sobre la persona. Puede suceder que una persona que se encuentra en las primeras fases de una depresión se aparte de algunas personas significativas o relevantes para ella. Ofendidas, estas “personas significativas” podrían responder con rechazos o críticas, que, a su vez, activarían o agravarían el autorechazo y la autocrítica del propio individuo, (en otros casos, el rechazo por parte de otros puede ser el primer eslabón de la cadena que conduce a la depresión clínica). Las conceptualizaciones negativas resultantes llevan al paciente (que ya puede encontrarse deprimido) a un mayor aislamiento. Este círculo vicioso puede continuar hasta que el paciente esté tan deprimido que ya no le causen efecto los intentos de ayuda y las muestras de cariño y afecto por parte de los demás.

8.11 Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión

- El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer un sólido conocimiento del síndrome clínico de la depresión.
- El clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo de suicidio.
- El terapeuta cognitivo debe ser, en primer lugar, un buen terapeuta.
- Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión, tal como se describe en *Depression: Causes and Treatment* (Depresión: causas y tratamiento) (Capítulos 15, 17, 18) y en Capítulo 5 de *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (La terapia cognitiva y los trastornos emocionales)

- (Beck, 1976).

8.12 Estilos de apego y estrategias de regulación emocional

Los estilos de apego se asocian a ciertas emociones y, además, se relacionan con la expresión de éstas y su regulación; de este modo, las estrategias utilizadas para expresar y regular emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego (Kobak & Sceery, 1988; Lecannelier, 2002a; Valdés, 2002). En la literatura científica revisada, es posible apreciar la inexistencia de un acuerdo en relación al concepto de regulación emocional; se discute la delimitación entre emoción y regulación emocional (Cole, Martín & Dennis, 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004; Reeve, 2003; Ulich, 1985); la presencia de distintas perspectivas tanto teóricas como metodológicas (Langlois, 2004); la insistencia en la complejidad y multidimensionalidad del concepto (Stifter, 2002; Diamond & Aspinwall, 2003); las distinciones en la conceptualización, medición e importancia del contexto (Fox & Calkins, 2003; Kopp & Neufeld, 2003); aspectos biológicos y efectividad de las estrategias (Silva, 2003), y las relaciones entre desarrollo y regulación emocional (Bell & Calkins, 2000; Diener et al., 2002; Eisenberg & Moore, 1997; Lecannelier, 2002a; Sroufe, 2000a, 2000b; Stifter, 2002; Walden & Smith, 1997). No es tema de este artículo esta discusión, aunque parece relevante explicitarla, y señalar cuál es la conceptualización que se adopta en éste.

Thompson (1994), define regulación emocional como el "proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta" (p. 106). Esta definición se considera como base, ya que permite conceptualizar la regulación emocional como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos

de estrategias que conducen a ese objetivo. Una de las tesis de este artículo, enfatiza que la elección de estas estrategias, tiene que ver con el estilo de apego que tenga el sujeto, es decir, en cada estilo se tienden a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones.

Para Sroufe (2000a), el apego es concebido como la regulación diádica de la emoción; pronostica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones por el niño. Señala que niños con apego seguro expresan directamente sus emociones, exhiben notable curiosidad, gusto por la exploración y expresividad afectiva; en situaciones de afecto intenso permanecen organizados, manifiestan esfuerzos por modular la excitación, presentan flexibilidad en lo emocional adecuando la expresión de sus impulsos y emocionalidad al contexto. Además, acuden eficazmente a otros cuando sus propias capacidades fallan. Por el contrario, Sroufe enfatiza que en general, sujetos con historias de apego ansioso tienden a experimentar dificultades para manejar los desafíos emocionales de las relaciones con sus iguales. Lo anterior concuerda con los resultados de una investigación realizada por Kerr et al. (2003), cuyo objetivo era explorar la relación entre el estilo de apego adulto, experiencia y expresividad emocional, en que los participantes con estilo seguro son los más expresivos emocionalmente y reportan niveles más bajos de inhibición emocional; participantes con estilos inseguros, tanto ambivalentes como evitativos, presentan indicadores de expresión emocional significativamente más bajos que los de estilo seguro y ambos grupos reportan mayor inhibición emocional que los del grupo seguro. En cuanto a experiencia emocional, los grupos de estilos seguros y ambivalentes reportan los más altos niveles de intensidad emocional total y el grupo seguro es significativamente más alto que el grupo evitativo. Al examinar por separado experiencias afectivas positivas y negativas, el grupo

ambivalente reporta los niveles más altos de afecto negativo, mientras que el grupo seguro reporta los niveles más altos de afecto positivo.

El grupo evitativo reporta los niveles más bajos de experiencia emocional total y bajos niveles de emociones positivas. Kerr et al. (2003), concluyen que si bien el grupo ambivalente no se considera a sí mismo expresando más emoción que el grupo seguro, estos tienen altos niveles de inhibición emocional y de experiencia emocional total, y los más altos niveles de afecto negativo. Estos resultados apoyan la noción que los niveles de expresividad en su conjunto, de sujetos con estilo ambivalente, no representan la cantidad de emoción que ellos experimentan, especialmente emociones negativas. Por otro lado, en el estilo evitativo se aprecia una incongruencia importante, ya que reporta niveles bajos de experiencia emocional total y, sin embargo, sus puntajes en inhibición fueron tan altos como los de los participantes ambivalentes, lo que sugiere una falta de conciencia o incapacidad de reconocer sus experiencias emocionales internas y dificultad en la expresión de emociones. Más aún, Kobak y Sceery (1988), señalan que existe dificultad en el recuerdo de experiencias estresantes en la niñez, y lo conceptualizan como un intento de aislar o minimizar el estrés en el ámbito de los afectos, asociado a la experiencia de rechazo.

Diener et al. (2002) realizan una investigación que examina las estrategias conductuales para la regulación emocional, expresión emocional, estilos reguladores y calidad del apego con la madre y el padre de niños de 12 y 13 meses de edad. Los autores concluyen que los niños con apego seguro a ambos padres, muestran mayor consistencia en estrategias orientadas hacia éstos, que los niños con apego inseguro a uno o ambos padres. Otro aspecto relevante, es que el nivel de malestar y estrés experimentado es mayor en los niños ambivalentes que en los seguros, cuando se

desvía la atención parental y el niño no tiene alternativas de ocupar su atención. En relación a la utilización de estrategias conductuales, los resultados de Diener et al. (2002) muestran que niños con estilo de apego evitativo hacia el padre, son más propensos a comprometerse en técnicas distractoras en situaciones estresantes, que niños con apego seguro o ambivalente. En cambio, niños ambivalentes con sus padres tienden a la auto-tranquilización, comprometiéndose en conductas tales como chuparse el pulgar. Los descubrimientos de esta investigación aportan evidencia empírica en que la calidad del apego del niño al padre se encuentra asociado en forma significativa al desarrollo de estilos de regulación emocional.

Mikulincer y Sheffi (2000), relacionan estilos de apego con ciertas reacciones cognitivas ante el afecto positivo; personas con apego seguro reaccionan a éste con una mejor ejecución en la resolución creativa de problemas, personas con apego evitativo no presentan diferencias en sus reacciones cognitivas tendiendo a distanciarse mentalmente del material afectivo, y sujetos con apego ambivalente, no reportan aumento en el afecto positivo y muestran una peor ejecución en la resolución creativa de problemas en afecto positivo. En este último caso, los sujetos suelen adoptar una postura rígida y una actitud hipervigilante hacia la novedad y la incertidumbre, y activan reacciones defensivas que intentan negar la experiencia afectiva; esto puede tener que ver con la emoción predominante de temor, encontrada en otras investigaciones (Kochanska, 2001).

Lecannelier (2002b) señala cómo niños con distintos patrones de apego presentan diferencias en su narrativa, lo que muestra énfasis en ciertas estrategias de regulación emocional. En el estilo de apego seguro, Lecannelier (2002b) plantea que existe una descripción y elaboración de las emociones, a la vez que una contextualización relacional de éstas; para el codificador queda la percepción de un niño que se siente cómodo en la expresión de sus afectos, sin restricciones

emocionales, y sin índices de ansiedad durante la entrevista. Al contrario, en el caso del estilo evitativo aparece una sobrerregulación emocional; es escasa la aparición de los afectos en la discusión, ya sean positivos o negativos, quedando la impresión de que el sujeto intenta dejar fuera los estados emocionales, haciendo la menor referencia posible a ellos. En el estilo ambivalente, una de las características principales tiene que ver con la presencia de un estado emocional constante que es la preocupación, sobretodo en relación con las figuras de apego, y el predominio del miedo a la separación, por lo que una estrategia es estar muy cerca de los padres.

Mikulincer et al. (2003), también establecen relaciones entre estilos de apego y regulación emocional, y señalan que una de las mayores fuentes de variación en las estrategias de regulación del afecto, tiene que ver con la disponibilidad de la figura de apego. En el apego seguro se describe una disponibilidad de esta figura, que promueve la formación de un sentido de seguridad; así, se forman expectativas positivas acerca de la disponibilidad de los otros y visiones positivas del sí mismo como competente y valorado. Cuando otros significativos no están disponibles o no responden a las necesidades, la búsqueda de proximidad fracasa en aliviar el malestar y no se logra seguridad en el apego; así, se forman representaciones negativas del sí mismo y los otros, y se desarrollan estrategias de regulación afectiva distintas a la búsqueda de proximidad (Mikulincer et al., 2003). Así, los estilos de apego inseguros son caracterizados por el fracaso del alivio del estrés a través de la búsqueda de proximidad, lo que trae como consecuencia la adopción de otras estrategias de regulación emocional. Esto coincide con los resultados de Florian, Mikulincer y Bucholtz (1995), que reportan que personas con estilo seguro reportan una búsqueda mayor de apoyo emocional e instrumental que los estilos inseguros y, a su vez, tienden a percibir a los otros significativos como entregando altos niveles de apoyo. Lo contrario sucede en personas con estilos inseguros, ya que tienden a percibir un nivel relativamente bajo de disponibilidad en el apoyo

emocional e instrumental de otros y presentan una baja tendencia a la búsqueda de apoyo social en tiempos de necesidad.

Lo anterior es coherente con los resultados de Kobak y Sceery (1988), quienes señalan que sujetos con estilo seguro reconocen el estrés y recurren a otros en búsqueda de apoyo, en cambio, el estilo evitativo está organizado por reglas que limitan el reconocimiento del estrés y, asimismo, los intentos asociados de búsqueda de apoyo. En el estilo ambivalente, reportan una atención directa al estrés y a las figuras de apego, en un modo hipervigilante, que finalmente inhibe el desarrollo de la autonomía y autoconfianza. En la misma línea se encuentra lo reportado por Byng-Hall (1995), quien señala que los niños que poseen un estilo evitativo tendrían como estrategia el mantener distancia, tanto física como emocional, para reducir la probabilidad de arrebatos emocionales que puedan conducir al rechazo; de tal modo, el niño no aprende a explorar sentimientos e intimidad. Al contrario, en el estilo ambivalente la estrategia es mantener cercanía, pegarse al padre, ser demandante, infantil, e incluso, amenazar con mayor distancia para estimular a la otra persona a estar más cerca.

Shaver y Mikulincer (2002a), realizan una recopilación de una serie de investigaciones en relación con estilos de apego y estrategias de regulación afectiva. Señalan que individuos con apego seguro se sienten menos amenazados por información potencialmente estresante, pueden experimentar, expresar y autorevelar verbalmente emociones, y no llegan a estar perdidos en una escalada de preocupaciones y memorias negativas. Buscan apoyo cuando se encuentran bajo estrés y utilizan medios constructivos de afrontamiento; sienten comodidad al explorar nuevos estímulos, son menos hostiles a miembros de otros grupos y más empáticos hacia personas que lo necesitan.

Los sujetos evitativos se caracterizan por realizar una desactivación de estrategias, incluyendo una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos, no reconocimiento de su propia hostilidad, segregación de los sistemas mentales y disociación entre los niveles consciente e inconsciente de respuesta. Por último, individuos ansiosos exhiben una variedad de efectos compatibles con la noción de la hiperactivación de estrategias, incluyendo rápido acceso a recuerdos dolorosos, propagación automática de la emoción negativa desde un incidente recordado a otro, y un cierre cognitivo paradójico en respuesta a la inducción de afecto positivo. Su inhabilidad para regular recuerdos emocionales negativos, es compatible con la constante preocupación en que permanecen; a menudo pueden llegar a estar perdidos en recuerdos emocionales negativos (Shaver & Mikulincer, 2002a).

En relación con lo anterior, y como una forma de organizar la información teórica y empírica que ha surgido en la temática, Shaver y Mikulincer (2002a) proponen un modelo integrativo de la activación, sobreactivación y desactivación del sistema de apego. Sujetos con apego seguro, ante los signos de amenaza activan el sistema de apego, buscan la proximidad de la figura de apego y, si ésta es disponible, hay un sentido de base segura activándose estrategias de compromiso en exploración, afiliación, toma de riesgos, actividades prosociales y dar cuidado. En cambio, cuando la figura de apego no está disponible, hay inseguridad en el apego y pueden producirse dos situaciones; si la opción de búsqueda de proximidad no es viable, hay una desactivación de estrategias, como la supresión de emociones negativas y de cogniciones, y un distanciamiento de la amenaza y de los contextos de apego, lo que se produce comúnmente en el estilo evitativo; la distancia incluye inatención activa a los eventos amenazantes y supresión e inhibición de pensamientos y recuerdos evocadores de estrés y de sentimientos de vulnerabilidad.

La otra posibilidad, es que la búsqueda de proximidad sí sea viable y se produzca una sobreactivación de estrategias, con lo que aumenta el estrés, se produce una hipervigilancia y rumiación, lo que tiende a suceder en el estilo ambivalente. Esto tiende a mantener un sentido de malestar y dolor, lo que concuerda plenamente con la investigación de Mikulincer et al. (2002), que reporta una aumentada activación de las representaciones de las figuras de apego en el estilo ambivalente, tanto en contextos neutrales como amenazadores; lo anterior sugiere una activación crónica y disfuncional del sistema de apego, preocupaciones en relación al apego y la imposibilidad de diferenciar los contextos de amenaza, lo que exacerba el estrés.

8.13 Cinco Tareas Terapéuticas (J.Bowlby, “Una base segura”, Paidós)

- Suministrar al paciente una base segura que le permita explorar los aspectos dolorosos e infelices de su vida.
- Acompañarle y ayudarle en sus exploraciones animándole a examinar cómo instaura relaciones con personas significativas en la vida actual, qué tendencias inconscientes posee en esa instauración, qué expectativas tiene ante sentimientos y/o comportamientos propios o de los otros.
- Animar a explorar la relación con el propio terapeuta; en esta relación introducirá percepciones, construcciones y expectativas de cómo puede comportarse con él una figura de apego, en base a sus modelos operantes previos.

- Animar a explorar cuánto sus percepciones y expectativas presentes y los sentimientos y acciones que estas originan se conectan con la relación con sus padres en la infancia y la adolescencia o con lo que éstos le han dicho de manera repetitiva.
- Hacerle capaz de reconocer sus imágenes (modelos) de sí y de los otros, derivadas de experiencias dolorosas o de mensajes equívocos del pasado, para buscar alternativas más ajustadas a su vida presente.

9. Análisis del caso

La variable de estudio escogida, se estipuló a partir del estudio de la génesis del trastorno, la cual pretende, tener un abordaje, desde la conceptualización, comprensión, y análisis, de la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas, y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente para un caso único, siguiendo las necesidades y síntomas presentes de la paciente.

Luego de la identificación de los problemas presentes, se planea un diseño de tratamiento basado en técnicas de la terapia cognitivo conductual, con una revisión de bibliografía previa, que permitió realizar un proceso de intervención ajustado a las necesidades de la paciente, que podrían aportar a nuevas investigaciones en cuanto a la patología, según diversas aplicaciones, por ejemplo grupos etarios, o síntomas depresivos y el suicidio, entre otros.

A medida que se realiza la investigación, se logró llegar a diversas conclusiones, de acuerdo a la historia, problemática y síntomas presentes de la paciente acerca de la génesis del trastorno, factores de adquisición, predisposición, mantenimiento, identificación de las creencias centrales, creencias intermedias y esquemas, de las cuales, se desarrollara el siguiente análisis.

SP, estuvo expuesta a experiencias tempranas desde su infancia, tales como, restricciones de actividades de ocio y entretenimiento, Críticas acerca de su aspecto físico, discusiones con ambos padres por el reglamento autoritario del hogar, discusiones con la madre, debido a desacuerdos por la relación de pareja de sus padres. Los cuales originaban en un ambiente con una alta tasa de situaciones estresoras, aversivas y con poco refuerzo Seligman, 1985, Beck, (1967).

Cuya vivencia frecuente, estuvo en un medio poco reforzante, el cual invalidaba su concepto y valía, siendo su familia carente de expresiones de afecto positivo, permitieron en su infancia filtrar la percepción y el recuerdo de los estímulos congruentes, como lo afirma Beck (año) llegan a ser predominantes, es así como empezaron a gestarse una plataforma cognitiva perteneciente a los modos depresivos.

Lo cual se confirma con la teoría de Beck; El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas. Beck, (1967).

Así mismo, donde se considera que una persona que enferma de algún “desorden emocional”, tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas o inapropiadas a causa de una vulnerabilidad o deficiencia unida a estrés acumulado. Bajo tales condiciones pueden instalarse valoraciones irreales sobre sí mismo y el mundo que anulan o sobrepasan las valoraciones realistas previas.

Los pensamientos irracionales que cada paciente desarrolle con base en aspectos significativos de su vida, éste desarrollará depresión, estado ansioso, o estado paranoide. Beck, (1967). Es por lo anterior que desde esta teoría se considera al trastorno en el pensamiento conformado por una fijación obligada en la atención ante ciertos estímulos, una constricción de la conciencia, una abstracción selectiva, y una distorsión, Las diferencias en la emoción pueden explicarse por las diferencias en los significados desviados y los contenidos del pensamiento. , la paciente presenta una serie de distorsiones cognitivas como, filtraje, sobre generalización, y visión

catastrófica, estas, que para Beck, hacen parte de la modalidad depresiva, en conjunto con la triada cognitiva. Y estos errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria

Toda estas situaciones en las que la paciente se ha visto expuesta, desde muy temprana edad, origino en ella, distorsiones cognitivas como filtraje, generalización, y visión catastrófica su vez gestando sentimientos de rabia, soledad, y ambivalencia, teniendo pensamientos de auto concepto de “no merezco”, “no me quieren”, “soy horrible”, gestando una creencia central en la paciente de “no merezco nada”, que a su vez está compuesta por creencias intermedias mostrando actitud como “ es horrible ser rechaza”, acompañada por reglas tales como “debo hacer mi mejor esfuerzo”, utilizando estrategias mal adaptativas de escape y retirada, que le permiten evitar el afrontamiento ante estas situaciones que le generan malestar.

Así mismo, la paciente, posee una predisposición biológica, de antecedentes de enfermedad mental, por parte de su abuela materna, De igual manera, existen factores familiares que predisponen su diagnóstico y problemática actual, como los vínculos afectivos ambivalentes y ausentes entre los miembros de su familia, que para Ainsworth y Bowlby (1973), citado en Manrique (2003), las personas y animales poseen instintos de apego, con los cuales buscan crear vínculos estables con su principal figura afectiva. Bowlby (1973) propone que los seres humanos tienen una tendencia a equilibrar entre la preservación de lo conocido y la búsqueda de novedades. Además de señalar que los patrones de apego, persisten en la adultez y puede afectar las relaciones interpersonales, Bowlby (1973) ha expresado esto diciendo que el apego es un proceso que se expande desde “la cuna hasta la tumba”.

A su vez, no únicamente han influido en la problemática actual de SP, los factores biológicos y familiares, sino también factores ambientales/ sociales como el rechazo de su núcleo familiar cercano, al que estuvo inmersa.

Existen diversos factores que favorecen al mantenimiento de la problemática en SP, tales como, el autconcepto negativo, dialogo negativo interno, mecanismos de afrontamiento inadecuado, refuerzan la continuidad de su esquema de desconexión y rechazo; al que según la revisión teórica Young, (1993), refiere, “los esquemas que se desarrollan más tempranamente y tienen mayor impacto se originan típicamente en la familia nuclear; agrupando en el esquema de desconexión y rechazo, una serie de modos, los cuales se evidencian en la paciente, tales como, Abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, imperfección/vergüenza, y Aislamiento social.

Es así, se facilita la génesis para la presencia de los criterios del trastorno depresivo persistente de inicio temprano, ya que como objetivo principal, se pretendía, realizar la descripción bajo el respaldo teórico, teniendo en cuenta que no se le considera unicausal, aunque es el objeto de estudio en esta caso único; además, cabe mencionar la importancia de los resultados de los instrumentos aplicados, que en conjunto con el respaldo teórico del Dsm V y los criterios diagnósticos, y el proceso del ejercicio clínico, permitieron corroborar la hipótesis para el diagnóstico de dicho trastorno, estas estrategias, en conjunto permitieron tener un abordaje amplio para la realización del ejercicio evaluativo.

10. Discusión y Conclusiones

Cabe resaltar, que en este estudio de caso único, se pretendió establecer la descripción de la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas, y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente para un caso único, de acuerdo a las experiencias significativas tempranas; y los factores que mantienen el mismo, bajo el respaldo teórico, de la terapia cognitivo conductual; de lo anterior, se permite observar, que la intención se focalizo en describir, la génesis del trastorno, según las experiencias significativas tempranas, aclarando la multicausalidad de la adquisición de un trastorno de la alteración del estado de ánimo, ya que, no existe, un factor único para la gestación; la etiología del trastorno distímico es compleja y multifactorial; involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales de los mismos. Moch S, (2011).

Por otra parte, los estudios actuales sobre la génesis de desarrollo de las características cognitivas, afectivas, y comportamentales, para la manifestación del trastorno depresivo persistente para un caso único. Los trastornos depresivos, Moch S, (2011);Gureje O, (2010), apoyan la idea de que la depresión en el adulto surge de la interacción entre ciertas situaciones estresantes y un factor de predisposición o vulnerabilidad de la personalidad del sujeto, en el caso de la paciente, las experiencias significativas experimentadas desde muy temprana edad,

Además de las experiencias significativas tempranas, el objeto de estudio se focaliza en los patrones de pensamiento distorsionados en la paciente, cuya explicación se basa, en la terapia cognitivo conductual, especificado en la tríada cognitiva (Beck), que en conjunto, según el autor, hacen parte del modelo del depresivo. En este caso, se afirma este planteamiento teórico, debido a los resultados arrojados frente al proceso evaluativo de la paciente, donde se evidencian

diversas distorsiones cognitivas frente a sí mismo, el mundo y una visión negativa frente al futuro.

Así mismo, con respecto al segundo objetivo planteado, el proceso de evaluación durante la psicoterapia, permitió establecer el proceso de intervención, las técnicas cognitivas utilizadas con la paciente, permitieron interiorizar en la misma, la relación que tienen los pensamientos, emociones y conducta, lo cual logro el reconocimiento de la modificación de los mismos, además de la ejecución, lo cual presento como resultado, una notable mejoría en cuanto a los síntomas presentes de la paciente, vencer la tristeza recurrente, modificar los autodiálogos y autoconcepto, reforzar sus relaciones familiares e interpersonales, mostrando así, una vez más la efectividad de la terapia cognitivo conductual en casos de alteración del estado de ánimo, lo cual verifica las teorías sobre la efectividad del tratamiento cognitivo conductual. Griffiths J, (2000).

Por último, es importante reforzar el proceso de intervención, y cerciorarse de que se cuente con las herramientas necesarias para evitar la aparición de futuras recaídas en la paciente


11. Bibliografía

1. Airaksinen E, Larsson M, Lundberg I, Forsell Y. Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychol Med.* 2004;34:83-91.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
5. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. México: Masson; 2002.
6. Asociacion Psiquiatrica Mexicana. *Guia de la Asociacion Psiquiatrica de America Latina para el tratamiento de las personas con depresión* 2008.
7. Beck, A., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*.
8. Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
9. Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press. Citado por: Martín, Miguel L. (2011). *Influencia de Freud sobre la concepción de la mente en la formulación inicial de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck*. *Revista de historia de la psicología*, Vol. 32, Num. 2-3 (junio-septiembre). Publicaciones de la Universidad de València- España. Disponible en: <file:///C:/Users/Equipo%207/Downloads/5-%20MARTIN.pdf>
10. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1993). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower

11. Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao. Citado por: Camacho, Javier Martín (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Disponible en: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
12. Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida – 1. El apego*. Barcelona: Paidós.
13. Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
14. Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
15. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* . 2006;49.
16. Griffiths J, Ravindran AV, Merali Z, Anisman H. Dysthymia: a review of pharmacological and behavioral factors. *Mol Psychiatry*. 2000;5:242-61.
17. Grimm S, Beck J, Schuepbach D, Hell D, Boesinger P, Bermpohl F, et al. Imbalance between left and right dorsolateral prefrontal cortex in major depression is linked to negativeemotional judgment: an fMRI study in severe major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;63:369-76.
18. Kaplan H, Saddock B. *Sinopsis de psiquiatría*. 8.a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2000.
19. Larraguibel M. Depresión y distimia en niños y adolescentes. *Boletín especial Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia*. 2003;14:21-4.
20. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol*. 1998;49:377-412.
21. Moch S. Dysthymia: more than “minor” depression. *S Afr Pharmacol J*. 2011;78:38-43.
22. Seligman. M.E.P. 1983. *Indefensión*, Ed. Debate, Madrid


23. ragonés E, Gutiérrez M, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Aten Primaria. 2001;27:623-8
24. Rot M, Mathew S, Charney D. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. CMAJ. 2009;180:305-13.
25. Vallejo-Ruiloba J, Leal-Cercós C. Tratado de psiquiatría. Vol. II. Madrid: Ars Médica; 2005.
26. Young, J.E., y Klosco, J.S. (1993). Reinventa tu vida. Barcelona: Editorial Paidós. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2015) 1: I-III.

12 Anexos

 CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA CONSENTIMIENTO INFORMADO – PACIENTES MAYORES DE EDAD		Versión: 01 Fecha: 13/01/18 Página 1 de 3
--	--	--

1. INFORMACIÓN GENERAL ¹	
1.1. Datos personales:	
Fecha de diligenciamiento: 05/05/2018	Código historia clínica:
Nombre del informante: Sandy Garez	Parentesco/relación con el paciente:
Nombre del terapeuta asignado: Andrea Duran	No. Tarjeta Profesional:
Nombre completo del paciente: Sandy Paola Garez Lara.	
Tipo de documento de Identidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	Edad: 20
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de nacimiento: 04/03/1998
No. de documento: 4-118.867.698	Lugar de nacimiento: Riohacha - Guajira
1.2. Datos de contacto y residencia:	
Teléfono de contacto:	Dirección: Cra 51B #94 - 160
Número de celular: 3057906228	Municipio/Barrio: Altos del Limón
Correo electrónico: ypacbig004@gmail.com	Estrato socio-económico: 4
1.3. Datos académicos:	
Nivel de escolaridad:	Ocupación
<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológico <input checked="" type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Postdoctorado	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input checked="" type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro
	Institución/empresa: Universidad del Norte
	Tiempo que lleva en la institución: 3 años.
1.4. Datos de servicio(s) de salud.	
Seguridad social:	
Entidad Prestadora de Salud: ColSanitas.	<input type="checkbox"/> Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario
Remitido: <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> NO	Motivo de remisión:
Atención psicológica anterior: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Lugar de atención:
Motivo de terminación:	Duración:
	Otros especialistas consultados:
1.5. Datos familiares	
Nombre completo:	R.L./ACOMPANANTE
No. Documento de identidad:	
Teléfono de contacto:	

¹ La información personal y los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con fin de: a) identificar las condiciones sociodemográficas del paciente, b) almacenar información de contacto que permita comunicación fluida con el paciente y c) darle validez al presente documento. Toda información será de carácter confidencial, se mantendrá en reserva (Art 2, ley 1090 de 2008), y NO manipulados con un fin diferente (Art 6, ley 1581 de 2012)

	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA	Versión: 01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO – PACIENTES MAYORES DE EDAD	Fecha: 13/01/18
		Página 2 de 3

Yo, _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, certifico que he recibido información y explicación suficiente sobre el tratamiento ofrecido por CAIF Santa Rosa de Lima y los procesos conexos al mismo. Comprendo además que las condiciones generales del servicio se encuentran en los documentos de calidad del centro, los cuales puedo consultar en cualquier momento si así lo solicito.

Tengo pleno conocimiento y consiento que el tratamiento será dirigido por un psicólogo(a) adscrito a la Maestría en Psicología de la Universidad del Norte, en calidad de practicante, bajo la supervisión de un(a) psicólogo(a) de amplia trayectoria, docente de este programa. En este sentido, mi información personal podrá ser discutida con el/la supervisor(a) con el fin de que él/ella pueda monitorear la gestión de mi terapia y el servicio que me brinda.

Comprendo además que mis datos personales y la información que yo reporte en consulta, así como los resultados derivados de mi evaluación psicológica y mi tratamiento, serán manejados como material confidencial y se mantendrán en reserva en conformidad con la ley 1090 de 2006, la ley 1581 de 2012 y la doctrina No. 2 (marzo 15 de 2012) del Colegio Colombiano de Psicólogos. Solo se podrá revelar información alguna en las siguientes circunstancias, informándome oportunamente de dicho requerimiento:

- En caso de que el terapeuta a cargo detecte de manera clara un potencial daño para mí o para terceros (Artículo 2, Numeral 5° de la ley 1090 de 2006).
- En caso de que mi evaluación o intervención haya sido solicitada por una autoridad competente, entes judiciales, instituciones educativas, empleadores, o cualquier otro que funja como solicitante o remitente del servicio de evaluación y/o tratamiento. En esta circunstancia el centro se limitará a brindar reporte estricto, acorde al servicio solicitado (Artículo 25, ley 1090 de 2006).
- En caso de que se derive una solicitud judicial o administrativa. En esta circunstancia la información suministrada por el centro será la estrictamente necesaria (Artículo 25, ley 1090 de 2006), y se propenderá por garantizar mi derecho a la intimidad (Artículo 74 de Constitución Nacional). Tengo la claridad de que mi muerte no exime al psicólogo(a) del secreto profesional.
- En caso de que yo presente incapacidad física o mental demostrada que me imposibilite para recibir sus resultados o dar mi consentimiento informado, por lo que sus veces la deberá asumir mi representante legal.
- Cuando yo, en calidad de cliente, autorice el levantamiento del secreto profesional con fines personales, académicos y/o investigativos, incluyendo labores de interconsulta o mi derivación a otro terapeuta. Entiendo, que no se revelará información innecesaria, que todos los profesionales involucrados tendrán el mismo deber de reserva que cobija a mi terapeuta actual (Artículo 26, ley 1090 de 2006) y que en el caso de estudios científicos se codificará mi identidad. En este caso, el profesional a cargo de mi proceso me podrá brindar su concepto de pertinencia de dicha revelación, e información sobre los riesgos personales, ocupacionales, académicos o legales que podrían derivarse de mi decisión. Para efectos formales de dicha determinación dispongo del apartado final de este documento, que tengo la libertad de diligenciar cuando así lo encuentre pertinente.

Certifico que el terapeuta a cargo me brindó explicación suficiente del proceso de evaluación/tratamiento que se llevará a cabo y me indicó que puedo revocar mi consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo(a) y yo, cuando considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día 05 del mes abril del año 2018, en la ciudad de Barranquilla.


CONSENTIMIENTO USUARIO²:

Nombre: Ledy Gomez
 Firma: [Firma]
 No. de cédula: 1118867698 de Zulochá

Firma y documento de identidad del psicólogo(a) responsable:

Firma: [Firma]
 No. de cédula: 1888944 de [Nombre]
 Tarjeta profesional No. CL-1045710627 de [Nombre]

² Los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con el único fin de darle validez al presente documento, y no serán divulgados tratados o manipulados con un fin diferente. (Art 6 y Art 7, ley 1581 de 2012)

	CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA SANTA ROSA DE LIMA	Versión: 01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO – PACIENTES MAYORES DE EDAD	Fecha: 13/01/18
		Página 3 de 3

AUTORIZACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIOS CIENTÍFICOS

Adicionalmente, autorizo que mi información personal sea eventualmente empleada en investigaciones que abonen a los avances de ciencia, tecnología e innovación, en materia de salud mental, manteniendo el rigor de la confidencialidad para el uso y manipulación de mis datos sensibles. Dejo constancia de que entiendo mi derecho a conocer el detalle todos los procedimientos, instrumentos de medición y actividades requeridas/procesadas en dichos estudios científicos.

En constancia de ello, firmo el presente fragmento adicional de mi consentimiento informado el día 05 del mes abril del año 2018, en la ciudad de Barranquilla.

CONSENTIMIENTO USUARIO PARA INVESTIGACIONES³:


Nombre: Sandy Gomez Lara
 Firma: [Firma]
 No. de cedula: 1118 867 698 de Pichacha

Firma y documento de identidad del investigador principal:



Firma: _____
 No. de cedula: _____ de _____
 Tarjeta profesional No. _____

³ Los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con el único fin de darle validez al presente documento, y no serán divulgados tratados o manipulados con un fin diferente. (Art 6 y Art 7, ley 1581 de 2012)

Anexos de pruebas aplicadas

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS
RUIZ Y LUJAN, 1991

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que Usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 Nunca lo pienso
1 Algunas veces pienso eso
2 Bastantes veces lo pienso
3 Con mucha frecuencia lo pienso

No.	Pensamientos	Respuesta
1.	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0 1 2 3
2.	Solamente me pasan cosas malas	0 1 2 3
3.	Todo lo que hago me sale mal	0 1 2 3
4.	Sé que piensan mal de mí	0 1 2 3
5.	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0 1 2 3
6.	Soy inferior a la gente en casi todo	0 1 2 3
7.	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0 1 2 3
8.	¡No hay derecho a que me traten así!	0 1 2 3
9.	Si me siento triste es porque son un enfermo mental	0 1 2 3
10.	Mis problemas dependen de los que me rodean	0 1 2 3
11.	Soy un desastre como persona	0 1 2 3
12.	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0 1 2 3
13.	Debería de estar bien y no tener esos problemas	0 1 2 3
14.	Sé que tengo la razón y no me entienden	0 1 2 3
15.	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0 1 2 3
16.	Es horrible que me pase esto	0 1 2 3
17.	Mi vida es un continuo fracaso	0 1 2 3
18.	Siempre tendré este problema	0 1 2 3
19.	Sé que me están mintiendo y engañando	0 1 2 3
20.	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0 1 2 3
21.	Soy superior a la gente en casi todo	0 1 2 3
22.	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0 1 2 3
23.	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0 1 2 3
24.	Me siento culpable y es porque he hecho algo malo	0 1 2 3
25.	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0 1 2 3
26.	Alguien que conozco es un imbécil	0 1 2 3
27.	Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0 1 2 3
28.	No debería cometer estos errores	0 1 2 3
29.	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0 1 2 3
30.	Ya vendrán mejores tiempos	0 1 2 3
31.	Es insoportable, no pudo aguantar más	0 1 2 3
32.	Soy incompetente e inútil	0 1 2 3
33.	Nunca podré salir de esta situación	0 1 2 3
34.	Quieren hacerme daño	0 1 2 3
35.	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0 1 2 3
36.	La gente hace las cosas mejor que yo	0 1 2 3
37.	Soy una víctima de mis circunstancias	0 1 2 3
38.	No me tratan como deberían hacerlo y como me merezco	0 1 2 3
39.	Si tengo esos síntomas es porque soy enfermo	0 1 2 3
40.	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0 1 2 3
41.	Soy un neurótico	0 1 2 3

42.	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3
43.	Debería recibir más atención y cariño de otros	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
44.	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	<input checked="" type="radio"/> 0	1	2	3
45.	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	<input checked="" type="radio"/> 1	2	3

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003) Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	Nº Protocolo
---	------------------

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1	2	3	4	5	6
Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6	Aband.
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6	Ab.
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	Ab.
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6	Ab.
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6	Ab.
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6	Ab. Ins.
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6	
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6	
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6	
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6	
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6	
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6	MI.
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6	MI.
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6	
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6	

16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6

45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo se que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6
----	---	---	---	---	---	---	---

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual, Señala una. Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A. 0. No me siento triste
☒ 1. Me siento triste o melancólico
 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
☒ 1. Me siento desalentado por el futuro
 2a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
 3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C. ☒ 0. No me siento como un fracasado
 1. Siento que he fracasado más que el promedio
 2a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
 2b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
 3. Siento que soy un fracasado completo.
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
☒ 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
 2. Nunca siento satisfacción de nada.
 3. Estoy insatisfecho de todo.
- E. 0. No me siento particularmente culpable
 1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
☒ 2a. Me siento algo culpable
 2b. Me siento mal o indigno casi siempre
 3. Siento que soy malo o inútil
- F. ☒ 0. No siento que este siendo castigado
 1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
 2. Siento que soy castigado o que seré castigado
 3a. Creo que merezco ser castigado
 3b. Deseo ser castigado.
- G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
 1a. Estoy decepcionado de mí mismo
 1b. No me agrado
☒ 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio.

- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.
 1. Me critico por mi debilidad o errores
 2. Me reprocho mis culpas
 3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño
 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
 2a. Siento que estaría mejor muerto
 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
 3a. Tengo planes definidos para suicidarme
 3b. Me mataría, si pudiera.
- J. 0. No lloro más de lo usual
 1. Lloro más de lo que acostumbraba
 2. Ahora lloro todo el tiempo; no puedo evitarlo.
 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual
 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual
 2. Me siento irritado siempre
 3. No me irrito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. 0. No he perdido interés por la gente.
 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
 2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
 3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre
 1. Trato el evitar tomar decisiones
 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
 1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
 3. Siento que luzco feo o repulsivo
- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1a. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
 2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
 1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
 2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
 3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

- Q. ☒ No me canso más de lo usual
 1. Me canso más fácilmente que lo usual
 2. Me canso de no hacer nada
 3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. ☒ Mi apetito no excede a lo normal
 1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
 2. Mi apetito es deficiente
 3. No tengo apetito
- S. ☒ No he perdido mucho peso, o nada últimamente
 1. He perdido más de 2 1/2 Kg
 2. He perdido más de 5 Kg
 3. He perdido más de 7 Kg
- T. ☒ No estoy más interesado en mi salud que lo usual
 1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
 2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
 3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. ☒ No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
 1. Tengo poco interés por el sexo
 2. Mi interés por el sexo es casi nulo
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.